

Nye oppgaver og profesjongrensar i sykehjem- er en ny arbeidsdeling veien å gå?

Hilde Lie Andersen



Masteroppgave

ved Det erfaringsbaserte masterstudiet

i helseadministrasjon

Avdeling for helseledelse og helseøkonomi,

Institutt for Helse og Samfunn, Det Medisinske Fakultet

UNIVERSITETET I OSLO

22.11.2011

Innhold

INNHold	2
FORORD.....	5
SAMMENDRAG	6
1. INNLEDNING	7
1.1 TEMA OG AVGRENSNING FOR OPPGAVEN.....	7
1.2 BAKGRUNN	8
1.2.1 Samhandlingsreformen	9
1.3 ENDRING AV OPPGAVER OG ADVANCED NURSE PRACTITIONER	10
1.4 PRESENTASJON AV FORSKNINGSSPØRSMÅL	10
1.5 PRESENTASJON AV DE TO KOMMUNENE A OG D.....	12
1.6 PRESENTASJON AV OPPGAVENS VIDERE INNHOLD	12
2. PROFESJONSTEORI	14
2.1 HVA ER EN PROFESJON?	14
2.2 EVERETT HUGHES, DYNAMIKKEN MELLOM PROFESJONER	15
2.2.1 Everett Hughes; om sykepleiernes arbeid.....	15
2.3 ANDREW ABBOTT, JURISDIKSJON, OPPGAVER OG INTERNE ARBEIDSORDNINGER	17
3. INTERNASJONALE ERFARINGER MED ADVANCED NURSE PRACTITIONER....	19
3.1 UTVIKLING AV ANPs ROLLE OG OPPGAVER.....	19
3.2 MOTIVASJON FOR ETABLERING AV ANP	20
3.3 STATUS I ENGLAND OG NORGE.....	20
3.4 HVA HEMMER OG FREMMER ETABLERING AV ANP	21
4. METODE	24

4.1	KVALITATIV METODE	24
4.2	GJENNOMFØRING OG REFLEKSJON OVER UTVALGET OG INTERVJUSITUASJONEN	24
4.2.1	<i>Forespørsel til kommunene</i>	25
4.2.2	<i>Utvalget</i>	25
4.2.3	<i>Intervjusituasjonen og forskerrollen</i>	26
4.2.4	<i>Hospitering</i>	28
4.3	ANALYSE OG PRESENTASJON AV DATA	29
4.4	FORSKERENS MOTIVASJON OG FORFORSTÅELSE	29
4.5	OVERFØRBARHET OG RELEVANS	30
5.	RESULTATER OG ANALYSE	32
5.1	DETALJERTE TEMAER – UTFORDRINGER	32
5.1.1	<i>Arbeidsordninger og posisjoner overfor andre yrkesgrupper</i>	32
5.1.2	<i>Arbeidsordninger mellom sykepleier og lege</i>	33
5.1.3	<i>Sykepleiers refleksjon over praksis</i>	35
5.1.4	<i>Arbeidsordninger mellom sykepleiere og hjelpepleiere</i>	36
5.1.5	<i>Kompetanse i sykehjem</i>	39
5.2	DETALJERTE TEMAER – VIRKNINGER OG GEVINSTER	42
5.2.1	<i>Forhindre unødig belastning for pasienten</i>	42
5.2.2	<i>Skifte av omsorgsnivå og informasjonsutveksling</i>	43
5.2.3	<i>”Banale lidelser” bør behandles på sykehjem</i>	44
5.2.4	<i>Sparte samfunnsressurser</i>	45
6.	DISKUSJON	46
6.1	OPPSUMMERING	46
6.2	GEVINSTER	47

6.2.1	<i>Økt kvalitet for pasientene</i>	48
6.2.2	<i>Frigjøre ressurser</i>	48
6.2.3	<i>Beholde og rekruttere</i>	49
6.3	UTFORDRINGER.....	50
6.3.1	<i>Sykepleierne, hjelpepleierne og oppgavene</i>	51
6.3.2	<i>Legen, sykepleieren og oppgavene</i>	53
6.3.3	<i>Prestisje og status</i>	56
6.3.4	<i>Hva bør behandles på sykehjem?</i>	57
6.3.5	<i>Utdannelse og kompetanse</i>	58
7.	KONKLUSJON	60
8.	LITTERATURLISTE	62
	VEDLEGG	66
8.1	INFORMASJONSSKRIV TIL INFORMANTENE	66
8.2	INTERVJUGUIDEN	67
8.3	BREV FRA NORSK SAMFUNNSFAGLIGE DATATJENESTE:	69

Forord

Ledelse handler om å ta mennesker fra der de er til dit de aldri har vært (H. Kissinger)

Arbeidet med å skrive denne masteroppgaven har gitt ny innsikt og kunnskap om egen yrkesgruppe, relasjonen til andre og om oppgavene som utføres i kommunehelsetjenesten og på sykehus. Dette temaet har opptatt meg gjennom mange år.

En spesiell takk til mine veiledere Jan Frich og Sverre Vigeland Lerum, som har vist vei inn til et, for meg, nytt og spennende fagfelt - profesjonssosiologi. Jeg vil takke for en uvurderlig og inspirerende faglig støtte og oppfølging samt all oppmuntring underveis.

Det har vært en flott opplevelse å samtale med kolleger og informanter i begge kommuner. Tusen takk for imøtekommenhet, de gode diskusjonene og refleksjonene som gjorde denne oppgaven mulig.

En spesiell takk til min kjære mann, Helge Lie Andersen, som har bidratt med verdifulle innspill, tålmodighet og støtte på veien.

Tusen takk til familie, venner, kollegaer og medstudenter som har inspirert og hjulpet meg i arbeidet med denne masteroppgaven.

Sammendrag

Bakgrunn

Oppgaven tar for seg endringer av oppgaver og roller mellom helsepersonellgrupper i helse- og omsorgstjenesten slik som å sette sykepleier til å løse legeoppgaver, lik ordningen med Advanced nurse practitioner (ANP) i England. Det er varslet en ny oppgavefordeling mellom sykehusene og kommunene (St.meld.nr 47, Samhandlingsreformen, 2008-2009). Årsaken er at stadig flere eldre og kronisk syke gir store utfordringer med hensyn til kapasitet og økonomi ved sykehusene. For å kunne ta hånd om disse varslede økte oppgavene i kommunene bør det sees nærmere på nye måter for helsepersonell å arbeide sammen på.

Materiale og metode

Oppgaven baserer seg på intervjudata fra syv informanter fra to kommuner. Gjennom bruk av kvalitativ metode og strukturert dybdeintervju forteller sykepleiere om hvordan de opplever de daglige arbeidsoppgavene på sykehjemmet og hvilke gevinster og utfordringer de mener et utvidet ansvarsområde og nye oppgaver kan bety for pasientene og deres egen arbeidshverdag.

Resultater

Det skjer kjedereaksjoner og glidning av oppgaver mellom yrkesgrupper som svar på praktiske utfordringer og interne arbeidsordninger oppstår i sykehjem. Resultatene indikerer at det skjer overlapp av oppgaver mellom yrkesgrupper i sykehjem. Desto viktigere bør det være å ha en gjennomgang av alle oppgaver som utføres. Overlappende oppgaver kan identifiseres og reduseres og dermed øke mulighetene for *rett behandling på rett sted av rett person med rett kompetanse*. Denne kompetansen må imidlertid anerkjennes av andre for å kunne utnyttes effektivt. Det vil kunne gi best mulig bruk av begrensede ressurser.

Konklusjon

Det er grunn til å mene at flere pasienter kunne vært behandlet på sykehjem hvis kompetanse og utstyr var tilstede. Etablering av avansert sykepleie, lik Advanced nurse practitioner (ANP) i England, kan gjøre det mer attraktivt å arbeide i sykehjem og bidra til å øke antall sykepleiere. Nye muligheter for å realisere seg innenfor kommunehelsesystemet, det vil si ”å stige i gradene” kan tiltrekke seg sykepleiere med høy kompetanse. Utdanning og skoling vil kreve en personlig innsats. Det vil være viktig å stimulere og belønne en slik personlig innsats for å få dette til. I tillegg må det etableres et formalisert ansvar og en avklart arbeidsdeling mellom yrkesgruppene i sykehjem.

1. Innledning

Kari er 89 år, beboer på sykehjem, og hun legges inn på sykehuset med spørsmål om lungebetennelse. Hun kommer i ambulanse fredag ettermiddag til akuttmottaket. Vi oppfatter henne som engstelig og vanskelig å forstå. I et vedlagt brev informerer sykehjemmet om at Kari har vært sengeliggende de siste dagene. Hun har vært mer trett enn vanlig og hun har ikke orket å spise. Kari har tidligere vært innlagt flere ganger for lungebetennelse og infeksjonsprøvene tatt på sykehjemmet er positive.

I akuttmottaket er det pasienter med mer alvorlige tilstander som må prioriteres før henne. Om kvelden blir Kari endelig tilsett av lege som konstanterer akutt lungebetennelse som må behandles med antibiotika intravenøst. Hun blir igjen flyttet, denne gang til sengepost for behandling. Kari er urolig, hun vet ikke hvor hun er og gir uttrykk for at hun er redd. Mandag morgen blir hun sendt tilbake til sykehjemmet.

Som sykepleier på sykehus tok jeg imot pasienter fra sykehjem med lidelser som jeg mente kunne vært behandlet på sykehjemmet, forutsatt rett kompetanse og utstyr. Jeg erfarte at gamle og skjøre pasienter ofte ble utsatt for en uverdigg og belastende forflytning inn i sykehus. Denne erfaringen har vært min motivasjon for å undersøke en slik praksis nærmere.

Det indikeres i litteratur at overføring av sykehjemsbeboere til andre institusjoner representerer en betydelig påkjenning mentalt med en økt fare for fysisk tilbakegang (Ranhoff, Linnsrud, 2005, Carusone, Loeb Lohfeld, 2006). Behandlingsnivået for pasienter som Kari blir viktig å avklare når oppgaver som utføres på sykehus skal flyttes til kommunehelsetjenesten med oppstart 1.1.2012.

1.1 Tema og avgrensning for oppgaven

Temaet for denne masteroppgaven er endringer av oppgaver og roller mellom helsepersonellgrupper i helse- og omsorgstjenesten, slik som å sette sykepleier til å løse legeoppgaver, lik ordningen med Advanced nurse practitioner (ANP) i England. Sykepleiere på sykehjem er å anse som sentrale aktører og fagpersoner når oppstart for Samhandlingsreformen skjer 1.1.2012, blant annet som utføvere av nye oppgaver som tidligere ble utført på sykehus.

Denne studien har som mål å få kunnskap om hvordan sykepleierne opplever det daglige arbeidet og oppgavene på sykehjemmet og hvilke virkninger de mener et utvidet ansvarsområde kan bety for pasientene og deres egen arbeidshverdag. Undersøkelsen gjennomføres i to kommuner.

Funn fra undersøkelsen vil bli benyttet til å diskutere følgende:

- Kan en ny oppgavefordeling mellom leger og sykepleiere og annet helsepersonell bidra til at kommunehelsetjenesten står bedre rustet til å kunne ta hånd om de varslede nye oppgavene fra spesialisthelsetjenesten?
- Kan en innføring av avansert sykepleie (lik ordningen med Advanced nurse practitioner (ANP) i England) i norske sykehjem bidra til økt kvalitet på pasientbehandlingen?
- Kan en slik ordning bidra til en mer effektiv utnyttelse av menneskelige og økonomiske ressurser i sykehjem?

Økonomiske og juridiske forhold i forbindelse med utfordringer og eventuelle tiltak vil bare i mindre grad omtales i oppgaven. I denne oppgaven er det sykepleierens erfaringer og synspunkter som står i sentrum for å forstå bevegelser i arbeidsdelingen i kommunehelsetjenesten. Informantene i undersøkelsen er opptatt av sin relasjon til hjelpepleierne. Hjelpepleier er i senere år erstattet av helsefagarbeider. Informantene i undersøkelsen bruker betegnelsen hjelpepleiere. Jeg har derfor benyttet hjelpepleier gjennomgående i oppgaven.

Valg av tema bygger på min erfaringskunnskap og forforståelse som sykepleier. Det er derfor en enestående anledning for meg å kunne bruke studentrollen til å undersøke hvilke oppfatninger erfarne sykepleiere har til dette tema.

1.2 Bakgrunn

Det er varslet en ny oppgavefordeling mellom sykehusene og kommunene (St.meld.nr 47, Samhandlingsreformen, 2008-2009). Årsaken er at stadig flere eldre og kronisk syke gir store utfordringer med hensyn til kapasitet og økonomi ved sykehusene. Det er derfor besluttet at kommunene skal overta oppgaver fra spesialisthelsetjenesten 1.1.2012. For å kunne ta hånd om

disse varslede økte oppgavene i kommunene bør det sees nærmere på nye måter for helsepersonell å arbeide sammen på.

Pasienter havner unødig på sykehus med enklere medisinske tilstander. Disse er beregnet å utgjøre 120 000 liggedøgn. Regjeringen mener at det er rimeligere og bedre å behandle disse i kommunene. I tillegg kommer liggedøgn grunnet ferdigbehandlede pasienter som forblir på sykehuset i påvente av et tilbud i kommunene. Omfanget totalt av disse gruppene er beregnet til 550 000 somatiske liggedøgn pr år (St.meld.nr 47 2008-2009).

Birgitte Graverholt har gjennom sitt prosjekt ”Bedre hjelp til den akutt kritisk syke sykehjemspasient” gjennomført kartlegging av innleggelser fra sykehjem til sykehus i Bergen. Kartleggingen viser at Bergen kommune har 6,2 innleggelser pr 10 sykehjemsseng pr år. Lunge, fall og sirkulasjon utgjorde 55 % av innleggelsene (Graverholt, 2008-2012). Pasienter på sykehjem har gjerne flere diagnoser og legetid pr pasient er begrenset. Det er en oppfatning at manglende legetjeneste ved sykehjem kan føre til unødvendige innleggelser av pasienter i sykehus.

1.2.1 Samhandlingsreformen

Samhandlingsreformen har som mål å bremse den store veksten i sykehusene og å gi kronisk syke et bedre og mer helhetlig tilbud. St.meld. nr. 47(2008-2009), *Samhandlingsreformen*, beskriver en ny fremtidig rolle for kommunene. Dette vil innebære økte oppgaver som beskrevet i kap.6.4.

Kommunale tilbud før, istedenfor og etter sykehusopphold. Samhandlingsreformen blir beskrevet som en retningsreform hvor målet er ”*Rett behandling - på rett sted-til rett tid*”. Reformen fremhever viktigheten av å forebygge fremfor å reparere. Ett hovedsatsningsområde for Samhandlingsreformen er å få ulike ledd i helsetjenesten til å arbeide bedre sammen. Ny *folkehelselov* skal styrke kommunenes ansvar for forebygging og helsefremmende arbeid i alle samfunnssektorer. Ny folkehelselov, med fokus på forebygging, er en bidragsyter til gjennomføring av St.meld. nr 47.

Lov om kommunal helse- og omsorgstjenester bygger på Ot prop 91 og er et forslag til nye lover som bidrar til gjennomføringen av St meld 47. Loven ble vedtatt i april 2010. Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester viser til at pasienter ikke skal bli kateballer mellom kommuner og sykehus. Kommunene og sykehusene får derfor plikt til å samarbeide gjennom samarbeidsavtaler ved denne loven. *For mange pasienter må legge ut på lange reiser til sykehus for å få enkel*

behandling. Samarbeidsavtalene skal legge til rette for at pasientene får behandling i kommunen hvis den er like god eller bedre enn på sykehuset (HOD 2010). Samhandlingsreformen skal innføres gradvis med oppstart i 2012. Kommunene skal stimuleres til selv å overta omsorg og oppfølging av pasientene gjennom en ny finansieringsordning. Denne inneholder overføring av midler til kommunene, men samtidig prosentvis tilbakebetalingsordninger til sykehuset ved innleggelse av kommunenes innbyggere.

1.3 Endring av oppgaver og Advanced nurse practitionerer

Advanced nurse practitioner (ANP) er sykepleiere med videreutdanning som kvalifiserer for å utføre mer avanserte oppgaver i pasientarbeidet. ANP ordningen er etablert i mer enn 30 land og medfører at sykepleiere utfører oppgaver som tidligere ble utført av leger. Eksempler på dette er blant annet å forordne medikamenter og rekvirere prøver og undersøkelser.

Endring av oppgaver og roller mellom personellgrupper i helse- og omsorgstjenesten diskuteres i Norge. Kunnskapssenteret etterlyser blant annet i sitt høringsvar til forslag til Nasjonal Helseplan at temaet: *(changing skill mix) bør løftes frem som et område der vi trenger mer kunnskap og villighet til å evaluere nye modeller* (Kunnskapssenteret 2010). De sier videre at endring av oppgaver *mellom personellgrupper i helse- og omsorgssektoren, slik som å sette sykepleiere til å gjøre legeoppgaver eller omsorgspersonell løse sykepleieroppgaver er i liten grad omtalt* (Kunnskapssenteret, 2010, s.23). Forutsetningen for at en slik ordning kan etableres i Norge er først og fremst at det lovmessig ligger tilrette for det. Derne er det viktig at helsepersonell faktisk ønsker å utvide sitt kunnskaps og - ansvarsområde.

1.4 Presentasjon av forskningsspørsmål

Valg av tema og forskningsspørsmål bygger på en formening om at en ny arbeidsdeling i sykehjem vil kunne bidra til bedre flyt og kvalitet i pasientbehandlingen samt en mer effektiv utnyttelse av menneskene som arbeider der. Forskningsspørsmålene gir også til kjenne en formening om at det er profesjongrenser mellom personell i sykehjem i dag. Jeg vil undersøke dette nærmere ved å intervju og samtale med representanter for en av flere yrkesgrupper, sykepleiergruppen. Jeg vet av egen yrkeserfaring at sykepleiere i sykehjem har ulike ønsker og meninger om å påta seg nye

oppgaver og videreutdanning. Jeg er interessert i å vite hva informantene i denne studien mener om å få nye oppgaver og et utvidet ansvarsområde, lik det som sykepleiere har i England.

Forskningsspørsmål 1. Hvilke potensielle virkninger ser erfarne sykepleiere at et utvidet ansvar og nye oppgaver har for pasientene?

Sykepleiefaglige oppgaver består av daglig omsorg og oppfølging av beboere og pasienter. Sykepleierne har et gitt ansvar innenfor disse oppgavene i dag. Hvilke virkninger vil det ha for pasientene hvis sykepleierne hadde kompetanse til å utføre oppgaver lik de ANP utfører i England? Det vil for eksempel kunne være på selvstendig grunnlag innenfor en gitt standard rekvirere prøver og undersøkelser (for eksempel røntgen av lungene) av pasienter som sykepleier mistenker har lungebetennelse?

Forskningsspørsmål 2. Hvilke utfordringer vil nye oppgaver og et utvidet ansvarsområde kunne gi sykepleierne?

Sykepleierne har ansvaret for - og utfører mange ulike oppgaver knyttet til - helhetlig pasientomsorg. Hvordan stiller sykepleiere seg til blant annet til å delegere oppgaver, de har ansvaret for i dag, til andre yrkesgrupper? Litteratur som omhandler ordningen Advanced nurse practitioner viser til at et slikt utvidet ansvar for sykepleiere (avansert sykepleie) forutsetter gjennomføring av ulike opplæringsprogram eller videreutdanning på masternivå (OECD 2010). Å påta seg et slikt utvidet ansvarsområde vil kreve en personlig innsats og motivasjon hos sykepleiere. Hvilke oppfatninger har sykepleierne i denne studien til blant annet å øke sin kompetanse gjennom videreutdanning?

Forskningsspørsmål 3. Hva vil et utvidet ansvar og nye oppgaver bety for rollen/ arbeidet som sykepleier?

Fra egen arbeidserfaring har det å definere sykepleie, sykepleiernes oppgaver samt deres funksjon og rolle stadig vært et tilbakevendende tema for sykepleiere. Gjennom litteratur og samtaler med ANP i England har jeg imidlertid forstått at deres oppgaver er rimelig avklarte og tydelige innenfor denne funksjonen. Denne studien har ikke direkte undersøkt hvordan Advanced nurse practitioner i England ser på sin rolle og sine oppgaver. Jeg ønsker å spørre norske sykepleiere om hva de mener et slikt utvidet ansvar vil kunne bety for deres rolle på sykehjem.

Informantene består av erfarne sykepleiere på sykehjem. Det betyr at bare en av flere yrkesgrupper er representert i utvalget. Flere yrkesgrupper kunne bidratt til å balansere informasjonen som kommer fram. Dette må leser ta i betraktning ved gjennomlesning av oppgaven. Det vil imidlertid komme frem bakgrunnsinformasjon fra andre helsepersonellgrupper. Dette kan bidra til større innsikt for resultatmateriale. Resultatene som er kommet fram ønsker jeg å forstå og belyse gjennom teoridelen som tar for seg profesjonsteori og tenkning ut fra et sosiologisk perspektiv.

1.5 Presentasjon av de to kommunene A og D

Undersøkelsen er gjennomført i to kommuner i Norge. Det er benyttet avrundede tall for å beskrive størrelsen på kommunene og mengde sykehjemstjenester. Dette er gjort for å anonymisere informantene i henhold til krav fra Norsk samfunnsfaglige datatjeneste(NSD) (Se vedlegg). Det er utfordrende å benytte to kommuner med så vidt store forskjeller i antall innbyggere og omfang av tjenester. Det vil derfor være interessant om det også finnes forskjeller og likheter i oppfatningene hos sykepleierne i de to kommunene.

Kommune A er en relativt tett befolket kommune med over 100 000 innbyggere. Kommunen har flere sykehjem med ca 2500 brukere av sykehjemstjenester pr år. Hvert av sykehjemmene har en tilsynslege og ved sykehjem med flere avdelinger kan det også være flere tilsynsleger. Det er variasjoner i hvordan tilsynstiden på 20 % administreres ved det enkelte sykehjemmet og fleksibilitet og tilgjengelighet hos den enkelte lege. Avstand fra de ulike sykehjem til allmennlege, legevakt og sykehus er relativt kort.

Kommune D er en kommune med lav befolkningstetthet og med ca 5.000 innbyggere. Kommunen har ett sykehjem med 150-200 brukere av sykehjemstjenester pr år. Sykehjemmet har fast ansatt sykehjemslege i 50 %, men stillingen er fleksibelt organisert slik at det i praksis er tilgjengelig sykehjemslege gjennom hele døgnet. Det er kort vei til allmennlegetjenesten, sykehjemslegen og sykestue, men langt til sykehus.

1.6 Presentasjon av oppgavens videre innhold

Kapittel 2 er oppgavens teorigrunnlag og tar for seg profesjonsbegrepet og helseprofesjoner spesielt. Yrkessosiologen Everett Hughes artikkel *Studying the Nurse's Work* (1951), om amerikanske

sykepleiere og deres rolle, setter oppgavens hovedtema inn i en interessant og spennende dimensjon. Andrew Abbotts begrep jurisdiksjon og hans tanker om oppgaver og interne arbeidsordninger bidrar også til dette.

Kapittel 3 omhandler internasjonal utvikling og erfaringer med ANP, spesielt med fokus på England, samt status for avanserte sykepleierfunksjoner i Norge.

Kapittel 4 er et metodekapittel hvor jeg redegjør for valg av metode, praktisk gjennomføring og refleksjon over intervjusituasjonen og forskerrollen.

Kapittel 5 tar for seg resultater fra intervjuene og analyse av disse.

Kapittel 6 er oppgavens diskusjonskapittel hvor jeg forsøker å bringe sammen hovedfunn, teori, egen forståelse og erfaring.

Kapittel 7 er konklusjon.

Kapittel 8 består av litteraturliste og vedlegg; informasjonsskriv, intervjuguide og brev fra Norsk samfunnsfaglige datatjeneste, NSD.

2. Profesjonsteori

2.1 Hva er en profesjon?

Hva er en profesjon? Dette spørsmålet utfordrer oss fordi det ikke finnes et entydig svar. Hvilke yrker kan si om seg selv at ”vi er en profesjon”? Hva kjennetegner en profesjon? Er det spesielle egenskaper eller forutsetninger som må være tilstede? Hva er det som adskiller profesjoner fra andre yrker? Begrepet diskuteres og gruppene som kaller seg selv profesjoner blir stadig fler. *”Når en yrkesgruppe beskriver seg selv som profesjon, uttrykker den et selvbylde og prøver å overbevise andre om sin betydning og berettigelse”*(Molander og Terum, 2008,s.17).

Det er en oppfatning at yrker med en aksept i samfunnet for å kalle seg profesjoner fremstår med en viss autoritet. Molander og Terum (2008) beskriver imidlertid profesjonsbegrepet sett fra to sider; fra det de kaller det organisatoriske aspekt og det performative aspekt. Det organisatoriske aspektet ved en profesjon handler om hvordan yrket er organisert. Det innebærer blant annet at en profesjon har kontroll over arbeidsoppgavene sine i form av monopol og autonomi og som profesjonell sammenslutning. Monopol vil si at profesjonen har reservert (eksklusive) arbeidsoppgaver for personer med en gitt utdanning. Yrkesgruppen er på den måten ekskluderende fordi *”den lukker adgangen til kontinuerlig forsørgelse”*. En profesjon kan derfor sees på som en markedsregulerende organisering av et yrke: *”ved å kontrollere adgangen til arbeidsoppgavene kontrollerer den også tilbudet av tjenester”* (Molander og Terum, 2008,s.18). Autonomi i denne sammenheng betyr at profesjonene selv lager standarder for hvordan arbeidsoppgavene skal utføres. Standardene defineres ikke av noen autoritet utenfor profesjonen.

Profesjonene må også fremstå som en organisert gruppe og sammenslutning. Det er samfunnet som delegerer ansvaret for oppgaver til profesjonene, og en forutsetning for dette er at mottaker (profesjonene) er en definert profesjonell sammenslutning.

Ordet profesjonell bruker vi om personer som er spesielt dyktig eller har erfaring med et bestemt område. Det performative aspektet ved en profesjon handler om hvordan en person utfører en handling eller en oppgave innen det bestemte område. Den profesjonelle yter tjenester til mottakere som kan være klienter eller pasienter. Tema profesjon har opptatt forskere de siste 200 år, men det er langt fra noen enighet om hvordan begrepet skal forstås (Molander og Terum, 2008).

2.2 Everett Hughes, dynamikken mellom profesjoner

Sosiologen Everett C. Hughes var en viktig representant for en ny tilnærming til profesjonsteori - inspirert av den såkalte Chicago skolen på 1950 tallet. Han viste stor interesse for relasjonene mellom profesjonene og deres klienter, samt dynamikken mellom ulike yrkesgruppene. I den da nye retningen ble profesjonenes selvhevdelse og forsvar for eget revir trukket frem (Fauske, i Molander og Terum, 2008).

Det er vanligvis en aksept fra samfunnet om at bestemte yrkesgrupper har en eksklusiv rett eller lisens til å utøve bestemte arbeidsoppgaver som andre ikke har lov til, eller er kvalifisert til, å utøve. Lisens blir som regel benyttet som en legal rettighet til å utøve et yrke. Hughes utvidet med dette begrepet lisens til også å være en forventning og aksept fra samfunnet. Hva som er god og dårlig utøvelse av et definert/valgt yrke har profesjonene selv mandat til å definere. For eksempel har advokater rett til å uttale seg om kriminalpolitikken og leger kan uttale seg om hva som er god helsepolitikk. Disse har gjennom sin utdanning og praksis bygget opp en status som eksperter. Hughes sier at når en slik ekspertstatus aksepteres og anerkjennes av samfunnet er det tegn på at de er fullverdige profesjoner (Fauske, i Molander og Terum, 2008).

2.2.1 Everett Hughes; om sykepleiernes arbeid

I 1951 skrev Hughes artikkelen *Studying the Nurse's Work*, om amerikanske sykepleiere og deres rolle, i "The American journal of Nursing". Han sier at det ikke er enkelt å beskrive hva en jobb er og at man ikke kan si noe konkret om en type arbeid uten å beskrive arbeidet som andre gjør. Jeg forstår han dit hen at sykepleiere er avhengig av andre grupper for eksempel i sykehus og - vise versa - at andre grupper er avhengig av sykepleierne. Hughes beskriver et gjensidig avhengighetsforhold og organisasjonen som avgjørende for profesjonenes eksistens: "*No organization, no job. No other people, no work for me.*" (Hughes 1951). Han sier videre at når det gjelder alle arbeidsoppgaver som finner sted i et sykehus, så må en spørre seg; "hvorfor er denne oppgaven utført av en sykepleier og ikke av noen andre? Når det gjelder arbeidsoppgaver som er utført av andre, skal en spørre, "Hvorfor er dette gjort av andre istedenfor en sykepleier? Han mener det er viktig å sette fokus på grenseflatene til sykepleierens og andres arbeid og at det er i grenseflatene sykepleieren kan beskrive og avgrense sin egen rolle.

Med den medisinske teknologiske utviklingen vil det stadig komme nye arbeidsoppgaver med spørsmål om oppgaven skal utføres av legen eller av sykepleier, hjelpepleiere, pleieassistenter eller

teknisk personal. Hughes sier i 1951 at ”aldri har grensene mellom legens og sykepleierens arbeid vært mer aktiv og mobil som nå”. Det samme kan sies i dag, kanskje er endring et av de mest stabile kjennetegn ved helsevesenet og yrkesutøvelse?

Sykepleier som begrep er uløselig knyttet person og tittel men også til et knippe av oppgaver:” A person, a name and a bundle of tasks ”(Hughes 1951). Noen av oppgavene i knippet er attraktive med høy prestisje, mens andre er mindre attraktive med mindre prestisje. Ut fra denne teorien laget Hughes en prestisjeskala

Prestisje	Gammel situasjon	Ny situasjon
Høy	C	A
		B
		C
Middels	D	D
Lav	E	E
		F
		G

(Hughes 1951)

La oss anta at sykepleierens arbeidsoppgaver tradisjonelt besto av C,D og E og at alle er enige om at dette er sykepleieoppgaver. E derimot er en oppgave i knippet som blir definert som ”dirty work”, med lav status og som ikke krever spesiell kompetanse eller utdanning. Det er imidlertid en oppgave som må utføres. C blir regnet som den mest attraktive og prestisjefylte oppgaven. Så skjer det endringer i den medisinske teknologiske utvikling og nye behandlingsmetoder introduseres. Hele eller deler av disse nye behandlingsmetodene krever vitenskaplig kunnskap, kanskje veiledning og undervisning, og blir lagt til sykepleierens arbeidsområde. A og B oppgavene vil være mer attraktive enn de gamle, men F og G oppgaver vil være lite attraktive. Hughes beskriver nå en ny situasjon hvor man deler opp det nye settet av oppgaver i mindre knipper. Knippen med de prestisjefylte oppgavene blir reservert de med høyest nødvendig utdanning og status, sykepleierne. Disse endrede oppgaver kan gi nye karriere veier og mulighet for etablering av spesialutdanninger for sykepleiere. Knippen med de mindre attraktive arbeidsoppgavene skyves nedover i hierarkiet til en annen yrkesgruppe eller bidrar at nye yrkesgrupper etableres. Hughes sier at slike endringer i grensesonene mellom profesjoner vil skje hele tiden og at vi ikke kan unngå slike endringer.

2.3 Andrew Abbott, jurisdiksjon, oppgaver og interne arbeidsordninger

Arbeidsoppgaver er knyttet til den enkelte profesjon. Disse arbeidsoppgavene gir eksklusivitet, dominans og kontroll over et bestemt område. En slik kobling mellom profesjon og bestemte oppgaver definerer Andrew Abbott som begrepet jurisdiksjon. Hvis arbeidsoppgaven blir for enkel og preget av rutine kan profesjonen ønske å kvitte seg med den. Oppgaven vil skli over til andre, ofte til de som står lavere på rangstigen (Abbott 1988). Jurisdiksjon kan hevdes i den offentlige sfæren, i loven og på arbeidsplassen. På arbeidsplassen finner vi interne organiseringer som er kommet i stand ”fordi det er mest praktisk å gjøre det slik”. De som arbeider i bedriften finner gode løsninger på et praktisk problem, ofte er dette resultat av for stor arbeidsbyrde. Han sier videre at grenser mellom profesjonelle har en tendens til å bli borte, spesielt på overarbeidede arbeidsplasser. Abbott forteller om tilpasninger til praktiske utfordringer og ”fordi det alltid har vært slik” eller fordi det er mer praktisk, uavhengig av profesjonell eller ikke-profesjonell status. På enkelte arbeidsplasser vil det derfor være mest hensiktsmessig at profesjonelle lærer opp mindre profesjonelle i å utføre bestemte oppgaver for å få arbeidet gjort. Abbott er opptatt av at praksis på arbeidsplassen ikke behøver å tilsvare måten en profesjon presenterer seg selv på i den offentlige sfæren eller i loven.

Abbott sier at klassiske dominante profesjoner gjerne vil beskytte tradisjonelle profesjongrenser. De vil derfor søke å skjule nytten ved praktiske tilpasninger og glidning av oppgaver til andre på arbeidsplassen. Dette gjøres blant annet ved å fokusere på akademisk kunnskap og teoretisering for å forsøke å opprettholde profesjongrensene og egen jurisdiksjon. *Knowledge is the currency of competition*” (Abbott 1988, s. 102).

Profesjonene vil alltid være utsatt for konkurranse fra tilgrensede yrker og Abbott sier, på samme måte som Hughes, at det er naturlig at det er slik. Like naturlig, sier han, er det at profesjoner vil arbeide for å opprettholde egen eksklusivitet. Det vil imidlertid tvinge seg frem, av praktiske årsaker, en type gjensidige avtaler mellom profesjoner. Den dominante profesjon har god nytte av subordinerte grupper som den blant annet kan delegere ut rutinepregede oppgaver til. Imidlertid vil en slik praksis medføre en utvikling hvor den subordinerte stadig vil utføre disse oppgavene mer selvstendig. Det kan bli uoverensstemmelser mellom hva som skjer på en arbeidsplass og hvordan arbeidet presenteres i offentligheten.

"The public fiction survives that only doctors can do certain things, when nurses and others are in fact doing them all over the professional world" (Abbott 1988, s.68).

Sykepleiere og leger er gjensidig avhengig av hverandre i sitt felles arbeid for pasientene. Den tradisjonelle allmenne oppfatning er imidlertid at sykepleiere er underordnet legene. For å opprettholde dette bildet må allmennheten tro og akseptere at leger har mer kunnskap og kan mer enn sykepleiere. Abbott sier at legene arbeider for at allmennheten fortsatt skal ha en slik oppfatning, og at de til nå har lyktes med dette (Abbott 1988).

3. Internasjonale erfaringer med Advanced nurse practitionerer

Informasjon og kunnskap om Advanced practiced nurse(ANP) er blant annet hentet fra en OECD rapport utarbeidet i 2010. Rapporten omhandler evaluering og erfaringer med ANP rollen, innhentet fra 13 land, med spesielt fokus på erfaringene fra USA og England i 2009 (OECD 2010). Denne oppgaven har hatt fokus på erfaringene fra England. Kunnskap og innsikt er også innhentet gjennom samtaler med Anne Greenwood, BSc (Hons) Nurse Practitioner, Nurse Manager, Cambridge (UK).

3.1 Utvikling av ANPs rolle og oppgaver

Utdanning av sykepleiere for å kunne utføre mer avanserte oppgaver på sykehus og i kommunehelsetjeneste startet allerede på 1960 tallet. ANP arbeider på sykehus eller i kommunehelsetjenesten sammen med leger i allmennpraksis. De kan være tilknyttet sykehjem og hjemmetjenester, eller drive egne poliklinikker. Det finnes 13 ulike registrerte kategorier av ANP i de mer enn 30 land hvor ordningen er etablert, blant annet kategorien Nurse practitioner(NP) (Pulcinini et al., i OECD 2010). I England har NP vært tilknyttet National Health Service siden tidlig i 1970 årene. Kategorien NP ble først autorisert i 1990 og antallet er stadig økende. NP gjennomfører vanligvis en rekke aktiviteter, som ellers utføres av leger i primærhelsetjenesten, inkludert diagnostikk, screening, forskrivning av farmasøytiske eller medisinske tester, aktiviteter innen forebygging og helseopplysning, og en generell rolle i koordinering av omsorg (alene eller sammen med leger).

I tillegg er en ny avansert sykepleierrolle nylig etablert i primærhelsetjenesten i Storbritannia, som ivaretar pasientgrupper med kronisk sykdom, inspirert av tilsvarende funksjon USA. Community matron har ansvar for planlegging, koordinering og formidling av flere typer omsorg til pasienter med alvorlig kronisk lidelse som ofte krever sykehusinnleggelse. Community matron har ansvaret for den pågående overvåkingen av omsorg, kvalitet og resultater. Community matrons rolle overlapper mye med den tradisjonelle allmennpraktiserende lege (OECD, 2010 s. 20,21).

3.2 Motivasjon for etablering av ANP

Flere land ser på ulike måter å effektivisere sitt helsevesen på, deriblant ved å gjennomgå de ulike profesjonsrollene og ansvaret disse har, inkludert en ny avansert rolle for sykepleiere. Det er store forskjeller fra land til land, og det er ulikt hvor langt OECD landene er kommet i etableringen av en mer avansert rolle for sykepleiere. Et økende behov for helsehjelp og mangel på tilstrekkelige legeressurser er en hovedårsak til utviklingen av ANP i alle land involvert i OECD undersøkelsen. Ønsket om bedre kvalitet på den helsehjelp som gis, blant annet til pasienter med kroniske lidelser i primærhelsetjenesten, er en annen årsak. Mange av disse tidkrevende oppgavene kan utføres av sykepleiere med relevant trening og kunnskap, sier Bourguil et al., i 2006 (OECD 2010). I noen land er en etablering av ANP motivert av ønsket om å spare helsekostnader.

I 2004 kom en ny lov som regulerte og begrenset legers arbeidstid, European Working Time regulation. Denne loven kan også ha medvirket til et ytterligere behov for en forskyvning av arbeidsoppgaver fra leger til sykepleiere (OECD 2010).

3.3 Status i England og Norge

I England er det ennå tilstrekkelig med Bachelor grad i tillegg til relevant erfaring for å kunne bli autorisert NP eller Clinical nurse specialist. I England er relevant praksis viktig for å kvalifisere for avanserte stillinger. Det er også utviklet egne opplæringsprogrammer innen ulike områder som kvalifiserer sykepleiere blant annet til å kunne foreskrive medisiner. En slik rett fikk sykepleierne i England tidlig på 1990 tallet, men i starten kun som en supplerende rett. Retten til å foreskrive medisiner ble utvidet i 2006 gjennom Nurse Independent Prescribing (OECD 2010).

I Norge er det politisk enighet å styrke kompetansen og rekruttere helsepersonell i kommunehelsetjenesten for å kunne gjennomføre intensjonene i Samhandlingsreformen. Flere kliniske spesialutdannelser for sykepleiere og spesialisthelsetjenesten har i mange år kvalifisert sykepleiere til selvstendige roller, som for eksempel intensiv- og anestesisykepleiere. Utdanningene er foreløpig ikke på masternivå.

Poliklinikker organiseres mer enn tidligere med utgangspunkt i tverrfaglige team, særlig knyttet til kronikere som for eksempel diabetespoliklinikker, som ofte består av et team med ernæringsfysiolog, diabetessykepleier og indremedisiner. Noen kontroller er hos lege, andre hos

ernæringsfysiolog eller sykepleier, avhengig av problemstilling. Spisskompetanse er her mindre tuftet på formell grunnutdannelse. Erfaring, opparbeidelse av særskilt kompetanse gjennom videre- og etterutdanning og interesse kan i denne sammenheng være et viktig kriterium for kvalitet på de tjenester som ytes. Erfaringer fra England viser at tverrfagligheten i behandlingen innen flere områder av helsetjenestene gir en kvalitativ bedre tjeneste enn det hver enkelte helseprofesjon alene kan tilby. I kommunehelsetjenesten arbeider sykepleierne selvstendig innen sitt fagfelt, men er avhengige av å tilkalle legen for lettere legemidler, røntgenundersøkelser, diagnostisering og behandling ved for eksempel lungebetennelse (Weik og Lie Andersen 2010). Eksempler på selvstendig forskrivning er imidlertid jordmødre og helsesøstre i kommunal helsestasjons- og skolehelsetjeneste som fra 2002 fikk rett til å foreskrive P-piller til ungdom (Helsedirektoratet 2002).

Det er etablert utviklingssentra for undervisningshjemmetjenester og undervisningssykehjem i alle fylker for å skape gode og stimulerende fagmiljøer. Ved Universitetet i Oslo, Institutt for helse og samfunn, Avdeling for sykepleievitenskap og helsefag, er det utviklet et nytt masterprogram i avansert geriatrisk sykepleie med oppstart høsten 2011. Krav til kompetanse i det nye masterprogrammet er hentet fra Royal College of Nursing og tilpasset norske forhold. *Den overordnede hensikten med en Master i avansert geriatrisk sykepleie i Norge er å bedre kvaliteten og tilgjengeligheten på helsetjenestetilbudet til de sykeste gamle, spesielt i kommunehelsetjeneste* (Kirkevold, Hestetun og Hauge, 2011).

England anbefaler masterprogram som kvalifiserer for ANP, men det er ennå tilstrekkelig med Batchelorgrad i tillegg til relevant praksis for å kvalifisere til avanserte stillinger. England har lang erfaring med å utvikle og etablere formelle avanserte sykepleierfunksjoner. Norge har lang erfaring med sykepleiere i ulike spesialistfunksjoner, men denne spesialistfunksjonen har i mindre grad et formelt ansvar for selvstendige oppgaver, slik funksjonen ANP i England har.

3.4 Hva hemmer og fremmer etablering av ANP

Det vises til at oppgaver utført av Advanced nurse practitioner i primærhelsetjenesten var trygge og av like god kvalitet som når oppgavene ble utført av lege. *Several evaluations have been carried out in United Kingdom showing that advanced practice nurses were safe and generally or equal quality of comparable services provided by doctors* (OECD 2010, s. 91). En detaljert oversikt over

resultater finnes i OECD rapporten (OECD 2010, s. 91). Arbon og Klaasen med kolleger, gjengitt i tidsskriftet Geriatrisk sykepleie (2011) kan vise til at; der en har etablert rollen, viser at dyktige avanserte sykepleiere fører til færre unødvendige sykehusinnleggelser og mer aktiv behandling der pasienten befinner seg (Kirkevold, Hestetun og Hauge, 2011).

ANP rollen er mer utviklet i land med gruppepraksis som England, blant annet fordi mulighetene for å dele oppgaver er større. I diskusjonene rundt sykepleiepraksis er reorganisering av primærhelsetjenesten ved blant annet å bevege seg bort fra en "alene doktor praksis" til tverrfaglig gruppe praksis omtalt. Betalingsordninger i gruppe praksis "Pay -for -performance schemes" forventes å være et insentiv for utvikling av ANP (OECD, 2010,s.39).

Etableringen av ANP har i de fleste land ført til endringer i lovverket for å kunne gi sykepleiere rett til å praktisere i avanserte roller. Denne retten praktiseres imidlertid svært forskjellig fra land til land og fra bygd til by, fra enkle retningslinjer om hvordan APN skal arbeide til endring av lovverk (Weik og Lie Andersen, 2010).

Hovedbarrieren for en utvikling av APN rollen i de fleste land er i følge OECD (2010) opposisjon fra den medisinske profesjon. Grunnene som oppgis er bekymring for overlappende praksis og tap av oppgaver. Legene er også skeptiske til grad av autonomi og selvstendighet hos ANP og det juridiske ansvaret hvis feilbehandling oppstår. Lege- og sykepleierorganisasjoner i flere land ser på hvordan de kan samarbeide om å lage system og regler som kan regulere ANP med hensyn til det medisinskfaglige ansvaret (OECD 2010).

I Norge ble helsepersonelloven vedtatt i 1999 (trådte i kraft januar 2001) og som erstattet de ulike profesjonslovene, som blant annet legeloven og sykepleierloven. Bakgrunnen for en felles lov for alt helsepersonell var blant annet å bidra til en bedre ressursutnyttelse av helsepersonell (St. meld nr 41,s.105). I stedet for en oppgave regulering ble dette erstattet med krav om faglig forsvarlighet, som en standard for all yrkesutøvelse for alt helsepersonell.

Et økende behov for helsetjenester og mangel på tilstrekkelige legeressurser er årsaker til at England har etablert ANP. Ønsket om bedre kvalitet på helsehjelp til pasienter med kroniske lidelser i kommunehelsetjenesten og et ønske om å redusere helsekostnader er andre årsaker. I Norge viser Samhandlingsreformen til flere av de samme utfordringene som har vært årsaker til etablering av en avansert sykepleierrolle i England. Økt kompetanse fremheves som viktig for å gjennomføre intensjonene i reformen. Likevel er det verdt å merke seg at Buchan (2002) sier at skill mix ikke er svaret på alle helseutfordringene. Skill mix i denne sammenhengen forstår jeg som overføring av

oppgaver fra en høyt kvalifisert profesjon til en yrkesgruppe med lavere kompetansenivå. Dette gjøres i praksis for å avlaste den høyere kvalifiserte profesjon. Buchan mener man bør se på andre muligheter, blant annet å utnytte sykehussenger bedre, forbedre bemannings mønstre i forhold til svingninger i arbeidsmengden samt justere fordelingen av ressurser spesielt mellom første og andre linje tjenesten. Buchan påpeker i sin artikkel at man skal være forsiktige med å generalisere og overføre effekter av skill mix fra ett land til et annet. Effekter og gevinstene av skill mix vil være avhengig av tilgjengelige ressurser, nasjonale lover, gjeldende arbeidskultur og praksis (Buchan 2002).

4. Metode

4.1 Kvalitativ metode

Kvalitativ forskning benytter seg av undersøkende og utforskende fremgangsmåter. Slike metoder benyttes for å beskrive, forstå og forklare hvordan sosiale fenomen erfares for den enkelte (Malterud 2002). Kvalitative forskningsmetoder er tradisjonelt benyttet innen humanistisk og samfunnsvitenskaplig forskning. Metodene har imidlertid også inspirert andre fagområder, som medisinen til å ta i bruk disse metodene. Slik jeg forstår Malterud kan kvalitativ forskning gi oss ny innsikt og forståelse i informantenes situasjon, deres oppfatning av sykdom og hvordan de opplever helsepersonell og deres arbeid i pasientbehandlingen. Hun sier også at metoden er egnet til utforskning av menneskers erfaringer, opplevelser, verdier og samhandlinger. I tillegg er metodene egnet for forskning på problemstillinger hvor vi ikke vet hva de ulike svarene vil være, eller der hvor man ønsker å sette nye spørsmål på dagsordenen (Malterud 2002).

For å få innsikt og ny kunnskap om oppfatninger og erfaringer til norske sykepleiere på sykehjem var det naturlig å spørre og samtale med dem. Valg av kvalitativ metode og strukturert dybdeintervju var derfor et naturlig valg i dette mastergradsarbeidet.

4.2 Gjennomføring og refleksjon over utvalget og intervjusituasjonen

Informasjonsgrunnlaget er resultatet av strukturerte dybdeintervju med til sammen syv informanter. Informantene er alle kvinner og sykepleiere som arbeider på sykehjem i to kommuner, henholdsvis en bykommune og en distriktskommune. Kommunene er i utgangspunktet ulike med hensyn til befolkningsgrunnlag og organisering av pleie og omsorgstjenestene. Jeg ønsket imidlertid å undersøke om det også er forskjeller mellom by og land i sykepleiernes oppfatninger om valgte tema. Lang erfaring i sykehusmiljø og kommunehelsetjeneste gjør at jeg har innsikt og kjennskap til det som skal studeres. Det kan være en fordel som kan ha bidratt til trygghet og tillit i intervjusituasjonen. På den andre siden kan det også være en ulempe ved at egen forforståelse kan skygge for annen type verdifull erfaring hos informantene. Som forsker tolker jeg den

informasjonen som kommer frem, og det vil alltid skje en viss grad av fordreining av det opprinnelige gjennom tolkning (Malterud, 2002). Sykepleiere har en sentral og viktig funksjon i alt pasientarbeid. Jeg mener et formalisert ansvar knyttet til oppgavene som allerede utføres, samt et utvidet ansvar (ANP), ville kunne bidra til økt kvalitet på tjenestene og en mer definert og avgrenset sykepleierrolle. I tillegg må det taes høyde for eventuelle faglige tatt-for-gitt-heter som ikke blir fortalt eksplisitt, når både forsker og informant har samme bakgrunn. Intervjuguiden hadde som hensikt å bidra til refleksjon over informantenes egen praksis. Jeg håper at den med sine åpne spørsmål var en drahjelp for alle refleksjoner og oppfatningene som er kommet frem i materialet.

For å forstå og undersøke betydningen av innføring av nye oppgaver og et utvidet ansvar har jeg sett til erfaringer fra andre land. Inspirasjon og ytterligere bakgrunnskunnskap er innhentet gjennom samtaler, blant annet med Anne Greenwood, BSc (Hons) Nurse Practitioner, Nurse Manager, Cambridge (UK), Einar Vigelands masteroppgave; *Profesjongrensener i medisinsk bildediagnostikk-tid for en ny arbeidsdeling?*- samt fordypning i annen relevant litteratur.

4.2.1 Forespørsel til kommunene

Det ble sendt en forespørsel til kommunalsjefene i de to kommunene om å intervju sykepleiere fra hver kommune. Forespørselen inneholdt et informasjonsskriv, en prosjektbeskrivelse og en intervjuguide (Vedlegg). I tillegg informerte jeg om at jeg selv var sykepleier og at det var søkt om godkjenning fra Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste (NSD). Søknaden om oppstart av prosjektet ble godkjent av NSD 23. mars 2011 (Vedlegg).

Henvendelsen ble godt mottatt i begge kommuner og jeg var velkommen til å gjennomføre undersøkelsen. Forespørselen til kommunene inneholdt et ønske om et utvalg informanter bestående av erfarne og nyutdannede sykepleiere, gjerne en kombinasjon av yngre og godt voksne sykepleiere fra hver kommune. Lederne på de respektive sykehjem rekrutterte kandidatene og oversendte en liste med informanter. Jeg tok individuelt kontakt med informantene via e-post og telefon. Alle informantene var positive til undersøkelsen og ønsket å stille til intervju.

4.2.2 Utvalget

Det viste seg underveis at alle informantene som var plukket ut var erfarne, engasjerte og meget reflekterte. Flere hadde videreutdanning og alle fremsto som faglig dyktige. Alle informantene

hadde i tillegg 100 % stillinger, og to av dem hadde tidligere arbeidet som avdelingsledere. Jeg lærte i ettertid at jeg burde vært mer tydelig og nyansert i å beskrive for kommunene ønsket om et bredere utvalg informanter. Dette for å få mer bredde i sykepleiernes kunnskaper og oppfatninger. Det er forståelig at lederne ved sykehjemmene ønsket å vise frem/gi til kjenne de sykepleierne de anså som best kvalifiserte, reflekterte og faglig dyktige på sitt arbeidssted. Hvis utvalget også hadde inkludert sykepleiere i andre type arbeidsforhold, og uten ønske om arbeidsutfordringer og skolering, ville det kanskje gitt en annen type kunnskap og et mer nyansert bilde. Det må taes høyde for at utvalget naturlig vil prege datagrunnlaget og resultatene i denne oppgaven.

I resultatkapittelet beskrives det hvordan informantene er opptatt av hvilke utfordringer og forutsetninger et utvidet ansvarsområde vil innebære for sykepleierne i sykehjem. De sier blant annet at kunnskapen må økes og vedlikeholdes og forteller om flere måter å gjøre dette på. De ulike formene for kompetanseheving som beskrives vil naturlig kreve en personlig arbeidsinnsats fra hver enkelt sykepleier. Det vil også innebære en viss usikkerhet om denne personlige arbeidsinnsatsen ville generere påskjønnelse i form av goder som for eksempel bedre lønn. Et bredere utvalg informanter ville kunne bidra til at andre syn på kompetanse og utvidet ansvarsområde ville kommet frem i resultatmateriale.

4.2.3 Intervjusituasjonen og forskerrollen

De individuelle intervjuene fant sted på de respektives arbeidsplass, på møterom som informantene selv hadde skaffet å tilveie. Informantene serverte kaffe under intervjuene som varte i snitt ca en time og femten minutter. Under intervjuene fikk vi stort sett samtale uforstyrret, men unntak av noen få telefonavbrudd og et par henvendelser på døren. Det var en rolig og avslappet stemning og hverdagshistoriene skapte gjenkjennelse og bidro både til latter og alvor.

Jeg er selv sykepleier og det å samtale med "sine egne" var en spesiell, lærerik og fin opplevelse. Jeg hadde i tillegg til sykepleierrollen, en for meg ny rolle å ivareta, forskerrollen. Det var en spennende erfaring som jeg trivdes med. Det var utfordrende og uvant å inneha forskerrollen, spesielt utfordrende å holde egne betraktninger tilbake. I første intervju var det stort engasjement fra både informant og forsker. Det, i tillegg til at vi kjente hverandre fra før, gjorde at jeg innimellom glemte forskerrollen og inntok rollen som kollega. I ettertid ser jeg at det ville vært hensiktsmessig å gjøre et prøveintervju for å øve seg. Jeg valgte derfor å inkludere en informant til i undersøkelsen, det vil si å øke antall informanter fra seks til syv.

Etter hvert under intervjuene lærte jeg i større grad å balansere mellom nærhet og distanse til informantene. Å oppleve seg forstått er en forutsetning for mange for å fortelle om egne erfaringer. Min bakgrunn som sykepleier var slik sett en trygghet i intervjuet. Mine tilbakemeldinger og kommentarer viste at jeg forstod hva informantene mente, og at de ikke ville bli misforstått på noen grunnleggende måte. Jeg opplevde det som en fordel å ha erfaring fra feltet. Slik kunne jeg bedre forstå informantenes beskrivelser av hverdagen. Min nye rolle gjorde også at jeg opplevde informasjonen på avstand og kunne betrakte den på en ny måte. Jeg erfarte at informantenes utsagn, deres erfaringer og engasjement bekreftet min egen interesse for tema, og slik sett ga det ytterligere mening å undersøke temaet nærmere. Samtalene bar preg av engasjement og ”temperatur” som av til gikk over i diskusjon. Vi hadde imidlertid god nytte av intervjuguiden som jeg introduserte innledningsvis. Intervjuguiden var et nyttig hjelpemiddel for å holde fokus, avslutte et tema og bringe oss videre i intervjuet.

Kvalitativ metode benyttes for å beskrive noe her og nå, noe som kan innebære at endringer kan skje underveis. Intervjuguiden kan derfor endres i takt med slike endringer, en såkalt induktiv tilnærming. Jeg så ikke behov for å endre intervjuguiden underveis, men jeg erfarte at kunnskapen informantene hadde kom best frem når de fikk fortelle pasienthistorier. Den erfaringen gjorde at jeg etter hvert vektla annerledes i spørsmålsstillingene, og ikke fulgte intervjuguiden slavisk. Jeg benyttet mer spørsmålene som syntes og inspirerte til refleksjon, som for eksempel spørsmål 3; ”kan du beskrive/fortelle eksempler på hverdagshistorier hvor dere la inn en pasient i sykehus”? I innledningen av intervjuet gjorde jeg rede for min bakgrunn og motivasjon for å gjøre dette prosjektet. Underveis og mot slutten av intervjuet oppsummerte jeg, og kontrollerte om det var slik jeg hadde forstått informanten. I tillegg ble informanten forberedt på at det gikk mot slutten av samtalen. Hun ble spurt om det var noe hun ikke hadde fått sagt som hun mente var viktig for helheten. Ved behov, ba jeg også informanten om å utdype hvis noe var uklart for meg.

I informasjonsskrivet gikk det frem at deltagelse i undersøkelsen var frivillig og at deltaker når som helst i prosessen kunne velge å trekke seg. En informant valgte å trekke seg før intervjuet, men leder fant en erstatte for denne informanten. Informantene fikk også informasjon om kravet til NSD om anonymitet av hver enkelt deltaker. Dette betyr i prinsippet at ingen informanter skal kunne gjenkjennes i materialet. Kravet om separate oppbevarte kodeliste og navneliste ble oppfylt. Intervjuer innebærer fysiske møter som betyr at forsker og informant har gjennomført møte på informantens arbeidssted. Dette for å spare tid for informanten som er i en arbeidssituasjon. På arbeidsstedet vil flere se oss sammen, informanten må informere at hun skal i et møte, hun kan også

selv fortelle om intervjuet, det samme kan hennes leder. På den måten kan man ikke garantere at informasjon, om at intervjuer finner sted, ikke når andre på arbeidsplassen.

4.2.4 Hospitering

I følge Malteruds artikkel (2002) vil en kombinasjon av feltarbeid, intervju og analyse kunne gi en utvidet forståelse for det som skal studeres. Jeg har i tillegg til kvalitative dybdeintervju hospitert ved et korttids sykehjem som har hyppig utveksling av pasienter med sykehuset. Jeg arbeidet som sykepleier på lik linje med de andre sykepleiere. Det har gitt meg ytterligere innsikt og kunnskap om sykepleiernes arbeidshverdag, oppgaver og samarbeid med andre yrkesgrupper.

Hospiteringsperioden bekreftet informasjon som kom frem i dybdeintervjuene. Jeg fikk blant annet erfare bredden i sykepleiernes daglige arbeidsoppgaver. Jeg erfarte og observerte blant annet at det administrative arbeidet og arbeidet med medikamenter tok uventet mye tid. I tillegg var det mange trivielle oppgaver å ivareta. Det innebar alt fra å stille pasientene, mate pasienter, re senger og tømme søppel til å administrere medikamenter, injeksjoner, stell av sår og administrativt arbeid som samarbeid med lege/ legevisitt og pårørende kontakt, samt rapportarbeid. Sykepleieren ivaretok alle disse oppgavene. Hjelpepleiere og assistenter administrerte ikke medikamenter, bortsett fra å dele ut medisiner fra ferdig lagt dosett. For å utføre en slik oppgave kreves medikamenthåndteringskurs for hjelpepleiere. Injeksjoner og mer krevende sårbehandling utføres kun av sykepleiere, i tillegg til det meste av administrativt arbeid. Hjelpepleiere er ikke autorisert for å dokumentere i elektronisk medikamentmodul eller elektronisk tiltaksjournal. De er pliktig til (som alt helsepersonell), og autorisert til, definerte områder innen pasientdokumentasjon.

Jeg tok også imot pasienter fra sykehuset, og fikk erfare at pasientdokumentasjon kommer på flere ulike måter, elektronisk, på papir og muntlig som informantene beskriver i resultatkapittelet.

Jeg ble tatt godt imot på sykehjemmet, og personalet ga uttrykk for at de synes det var fint at jeg ville lære mer om deres hverdag ved å arbeide sammen med dem over tid. Jeg har i tillegg hatt uformelle samtaler med kommuneoverlege og tilsynslege, som er en annen involvert profesjon, for å få større bakgrunnsforståelse for det som skal studeres.

4.3 Analyse og presentasjon av data

Alle intervjuene ble tatt opp via et nedlastet program- Audacity og en enkel mikrofon koblet til PC. Dette utgjorde en lydfil på til sammen åtte timer som ble lagret på harddisk og minnebrikke. Alle intervjuene fra lydfilen ble transkribert, det vil si all tale ble gjengitt til tekst så nøyaktig som mulig. Dette arbeidet ble utført manuelt. Jeg benyttet forskningsspørsmålene og temaer som kom frem i intervjusitasjonene som foreløpige overskrifter/kodeliste for å samle og kategorisere sitatene. Her kunne jeg plassere sitater som var av lik kategori. Mange sitater omhandlet det samme, men likevel med små nyanser som gjorde at enkelte inneholdt flere enn ett meningsbærende element. Informantene hadde mange og viktige oppfatninger om tema. Det har vært vanskelige valg å skulle velge bort, noe som har bidratt til at intervjumaterialet er blitt så vidt omfattende.

Alle sitater som er gjengitt i resultatmaterialet er referert med en kode. Dette er i henhold til NSD sine krav om anonymisering, og skal sikre at informantene ikke gjenkjennes. I likhet med det Malterud sier, erfarte jeg at teksten ikke fullt gjengir virkeligheten av situasjonene og hva som skjedde mellom de involverte. Det er utfordrende å skrive ned tale til tekst fra rådata som kommer fra en samtale. Det vil alltid være vanskelig og presist formulere en direkte gjengivelse, og teksten vil alltid til en viss grad bære preg av fordreining (Malterud 2002). Med hensynet til sitater som er gjengitt har jeg i enkelte tilfeller tatt meg friheten til å justere setningsoppbygging, for forståelsens skyld, men uten at det jeg har forstått som opprinnelig budskap er forringet.

4.4 Forskerens motivasjon og forforståelse

I kraft av mitt yrke var jeg ingen nøytral deltager, men en representant for informantenes egen profesjon og en delaktig forsker. De var åpne og direkte om sine erfaringer og oppfatninger. Jeg tolket det slik at, sammen med en av sine egne var det ikke nødvendig å sensurere egne uttalelser eller være forsiktig med å omtale andre yrkesgrupper. De kunne være trygge og uttale seg fritt, kanskje på en annen måte enn om de hadde samtalt med noen utenfra. Informantene uttalte seg ikke på noen måte negativt eller sa noe ufordelaktig om sine nærmeste ledere. Lederskap ble imidlertid trukket frem som svært viktig, og en forutsetning for blant annet å øke kompetanse på sykehjem, bevisst og strategisk.

Gjennom årenes løp har informantene ganske sikkert opplevd dårlig lederskap, derfor var det påfallende at dette ikke ble nevnt. Kanskje ble det indirekte kommunisert ved nettopp å fremheve viktigheten av et godt lederskap? Slik sett var nok ikke intervjuene åpne og frie i absolutt forstand. De fortalte mye som de ikke ville ha fortalt til hvem som helst, men likevel ikke alt. Historiene jeg fikk ta del i var svært positive på sykepleierens vegne. Historier om pasientlidelse var samtidig historier om hvordan sykepleie er et viktig fag og en viktig profesjon som kunne endret på dette.

Utilstrekkelighet hos sykepleiere ble omtalt i forbindelse med forsvarlighet i arbeidssituasjoner og totalansvar for mange pasienter. Min egen forforståelse kan ha gjort det vanskelig og presist formulere tale til tekst fra rådata og slik sett bidratt til en viss grad av fordreining, slik Malterud (2002) beskriver.

4.5 Overførbarhet og relevans

Utvalget av informanter viste seg å være mer ensartet enn først planlagt. Alle var temmelig like i sine oppfatninger og meninger om det å få et utvidet ansvar og nye oppgaver. Med andre ord, en ensartet og liten gruppe. Som tidligere beskrevet ville materialet kanskje sett noe annerledes ut hvis utvalget hadde vært bredere. Alle informantene hadde heltidsstillinger, flere hadde, eller var i gang med etter/viderutdanning. Alle var villige til å skolere seg og tilegne seg ny kunnskap for å kunne ta imot nye oppgaver. Alle, så nær som én var godt erfarne, og flere hadde erfaring fra sykehus. I tillegg fremsto de som faglig dyktige og gode til å kommunisere sine erfaringer. Tiltross for enkelte frustrasjoner som kommer frem i resultatmaterialet oppfattet jeg at de var stolte over yrket sitt, og glade i jobben sin.

Tatt i betraktning et begrenset utvalg mener jeg, med min kjennskap til profesjonen, at resultatene kan sies å være representative for gruppen sykepleiere i samme kategori, et elitesjikt av sykepleiere i norsk kommunehelsetjeneste. Jeg har ingen generaliserte data om dette, men jeg mener at mange norske sykepleiere med de samme egenskapene og i de samme posisjonene vil ha liknende oppfatninger som utvalget i denne undersøkelsen. I beste fall forteller utvalget om en felles kultur i dette sjiktet av norsk helsetjeneste, og slik kan funnene ha relevans utenfor den lokale settingen studien fant sted. Forhåpentligvis vil studier med andre typer utvalg av informanter kunne gi innsikt i andre deler av kommunehelsetjenesten, og vise en større del av bredden av erfaringer i en yrkesgruppe som sykepleie.

Kunnskapsenteret for helsetjenesten har uttrykt behovet for å diskutere en ny fordeling av arbeidsoppgaver i norsk helsevesen. Å lytte til en av flere yrkesgrupper involvert kan gi nyttig innspill og kunnskap om hva som skal til for å få dette til. Slik sett kan resultatmaterialet i denne oppgaven ha relevans.

5. Resultater og analyse

Dette kapittelet omhandler funn og resultatene av intervjuene. Disse funnene vil bli presentert under følgende hovedoverskrifter; kapittel 5.1 Detaljerte temaer- **Utfordringer** og kapittel 5.2 Detaljerte temaer **Virkninger og gevinster**. Etter de illustrerende sitatene har jeg lagt inn deltakernummer og kode for kommune i en parentes.

Kapittel 5.1 tar for seg utfordringer forbundet med å flytte oppgaver fra sykehus til sykehjem. Informantene mener at overlappende arbeidsdeling mellom sykepleiere og hjelpepleiere er noe som bør avklares og ryddes opp i. I tillegg mener informantene at sykepleiernes kompetanse og tilgang på lege har betydning for valg av behandlingsnivå.

Kapittel 5.2 omhandler virkninger og gevinster for pasienter og samfunn, det vil si ”informantenes argumenter for å flytte oppgaver fra sykehus til sykehjem”. Her er resultater som å forhindre unødig lidelse og belastning for pasientene, sparte samfunnsressurser og at ”banale lidelser” bør behandles på sykehjem. Informantene beskriver her hvilke oppgaver de ser seg klare til å ta i mot, og hvilke de mener er for vanskelige.

5.1 Detaljerte temaer – Utfordringer

Nedenfor følger en gjennomgang av funn som korresponderer med de tre forskningsspørsmålene. Hovedfunnene i intervjumaterialet samt litteratursøk svarer på forskningsspørsmål 1 og 2 og 3. Som nevnt i introduksjonskapittelet tar forskningsspørsmål 1 for seg hvilke virkninger/gevinster et utvidet ansvarsområde og nye oppgaver for sykepleierne vil bety for pasientene.

Forskningsspørsmål 2 tar for seg utfordringene sykepleierne mener et slikt ansvar vil få.

Forskningsspørsmål 3 omhandler betydningen av hva et utvidet ansvar vil bety for sykepleierrollen.

5.1.1 Arbeidsordninger og posisjoner overfor andre yrkesgrupper

Abbott sier at profesjonene alltid vil være utsatt for konkurranse fra tilgrensede yrker og at det er naturlig at det er slik. Like naturlig sier han, er det at profesjoner vil arbeide for å opprettholde egen eksklusivitet. Det vil imidlertid tvinge seg frem, av praktiske årsaker, en type arbeidsordning (Abbott 1988). Abbott understreker at hva som skjer i media og i den offentlige sfæren kan være

svært forskjellig fra hva som skjer på arbeidsplassen. I den hektiske hverdagen på sykehus eller på et sykehjem kan det fort skje at en sykepleier gjør oppgavene til en lege, eller en hjelpepleier utfører sykepleieroppgaver. Ifølge Abbott skjer dette oftere på arbeidsplassen enn de vanntette skottene mellom yrkesgrupper som media gir inntrykk av.

5.1.2 Arbeidsordninger mellom sykepleier og lege

På et sykehjem forteller en tilsynslege om en situasjon hvor de valgte å behandle pasienten på sykehjemmet. Behandlingen var ikke annerledes enn den som ville blitt gitt på sykehuset men vanligvis kvalifiserer den for innleggelse. *”Men vi kunne ikke gitt denne behandlingen her på sykehjemmet hvis jeg ikke hadde hatt en sykepleier som behersket å følge opp behandlingen”*, forteller legen. Samarbeidet mellom sykepleier og lege sparte pasienten for krevende transport og innleggelse i sykehus. Det kan også se ut som om leger gir større fullmakter til de sykepleiere de kjenner kompetansen til. Dette illustrerer Abbotts poeng om at praksis på arbeidsplassen gjerne er annerledes enn hva vi finner i media eller i loven.

Det ser ut til å være individuelt hva den enkelte sykepleier får delegert av oppgaver fra legene. I noen tilfeller er oppgavene allerede utvidet, men delegering synes å være knyttet opp til enkelte sykepleiere, og i noen tilfeller gruppen sykepleiere på en avdeling eller et sykehjem. Eksempelet ovenfor viser at også mer avansert behandling lar seg gjennomføre i sykehjem. Slik sett kan det sees som et potensial for å utvide sykepleierens ansvarsområde. En ny oppgavefordeling og et utvidet ansvarsområde for sykepleiere vil kunne bidra til ”å få jobben gjort” og hindre innleggelser mener informantene. Det vil være avhengig av at legene slipper sykepleierne til, forutsatt at de har kompetanse.

Det er variasjoner i tilgangen til lege både mellom ulike sykehjem i A- kommunen og mellom de to kommunene. Sykehjem i A -kommunen har tilsynslegefunksjon med fast 20 % tilpliktet tid, dvs. en dag pr uke innen arbeidstiden. Denne tiden varierer individuelt fra sykehjem til sykehjem, med hensyn til tilgjengelighet og fleksibilitet hos den enkelte lege. Noen tilsynsleger er tilgjengelige på telefonen hver dag innenfor kontortiden, mens andre begrenser tilgang kun til tilsynslegen og eventuelt en gitt ringetid. Utover dette må legevakt benyttes. Ventetid på lege synes primært å være en utfordring i A- kommunen. I D- kommunen forteller informantene at det i praksis ikke er ventetid på tilsynslege eller legevakslege. Samarbeidet med lege omtales ulikt og ser ut til å kunne ha betydning for arbeidsflyten og behandlingsnivå.

Det er sjelden jeg trenger å vente på legen. Maks en halv time. Dessuten kan jeg kan ringe tilsynslege hele døgnet, men det skjer nesten ikke (D-06).

I D- kommunen er tilgang til lege større og organisert annerledes enn i A kommunen(Se 1.5). I kommune D forteller informantene at diagnosene lungebetennelse, urinveisinfeksjon og dehydrering ikke er innleggesårsak. Pasienter med slike diagnoser blir behandlet på sykehjemmet. I A- kommunen forteller informantene at pasienter med slike diagnoser og med behov for intravenøs behandling i regelen legges inn på sykehus. Informanten beskriver gjennomsnitt ventetid på legevakt på mellom 4-8 timer i A kommunen og *det.. skjer ikke skjelden at jeg har ringt legevakt om morgenen, og at de ikke kommer før etter at jeg er gått av vakt (A-04)*. Ellers gies det ros for hvordan de blir mottatt av legevakten ved telefonhenvendelse. Legevakten må prioritere alle innbyggere i kommunen og personalet på sykehjem må vente i samme kø som befolkningen ellers. Informantene ønsker å ha god nok tilgang til tilsynslege som kjenner pasienten fremfor å ringe legevakt hvor mange og ukjente leger arbeider i en turnusordning. Det er åpenbart langt flere innleggelser knyttet til de ”banale lidelsene” i den ene fremfor den andre kommunen. Materialet indikerer at arbeidsdelingen mellom sykepleiere og leger i så måte spiller en betydningsfull rolle.

Informanten sier at mye tid går med til å vente på lege som ofte bekrefter at foreslått behandling kan settes i gang. På forhånd har allerede sykepleieren observert og gjort undersøkelser av pasienten som bekrefter mistanke om infeksjon. Disse dataene forelegges tilsynslegen enten pr telefon eller når legen er på sitt ukentlige tilsynsbesøk.

Det hadde blitt mye mindre stress for pasienten, vi ville kommet raskere i gang med behandling, og hindret at plagene forverrer seg. Legen baserer sin behandling på våre observasjoner og forslag til behandling. Det er mye vi allerede gjør hvor vi bare trenger en bekreftelse fra legen (A-04).

Jeg informerer legen over telefon. Jeg har veldig lett tilgang på lege her. Jeg tror det er unikt her på A sykehjemmet. Han gir mye tillit til meg. Jobben min blir enklere og det gjør sikkert hans også (A-01).

I noen tilfeller kan det se ut som om og ”vente på lege” henger sammen med legens tillit til sykepleiers kompetanse. Hvis legen er trygg på, og anerkjenner sykepleiers kompetanse får hun

tilsvarende delegert myndighet, gjerne over telefonen. Størrelsen på tilsynslegestilling i den enkelte kommune og det enkelte sykehjem er i tillegg en viktig faktor.

Ved tegn på infeksjon hos pasienter med KOLS og residiv pneumoni er ønsket i avdelingen å sette i gang behandling ved positivt prøvesvar. Det å vente på lege for å sette i gang behandling er det som tar lengst tid (A-03).

Samarbeidet om pasientene varierer fra at legen først må se pasienten til at legen delegerer behandling mot objektive data, observasjoner og prøvesvar pr telefon fra sykepleier.

Legen hos oss kommer veldig raskt hvis vi ringer og mistenker infeksjon hos en av beboerne. Det er legen som bestemmer om det skal taes blodprøver av beboerne(D-07).

I D-kommunen forteller informantene at sykepleier varsler legen ved mistanke om infeksjon hos pasienten, og legen beslutter om det skal taes infeksjonsprøver. Slik sett ser det ut som om sykepleiere i A-kommunen i større grad tar infeksjonsprøver på selvstendig grunnlag før de kontakter lege, enn i D-kommune. Forskjellene kan også synes å henge sammen med tilgang på lege og slik sett være årsak til ulike arbeidsordninger når det gjelder blodprøvetaking i de to kommunene.

5.1.3 Sykepleiers refleksjon over praksis

Informanten(A-03) forteller om ventetid på lege som det elementet som tar lengst tid for å avklare behandling av pasienten. Hun forteller om to ulike typer samarbeid hvor legen i det ene tilfellet delegerer ansvar, mens i det andre praktiserer legen selv å komme til sykehjemmet for å se til pasienten.

Han hadde tillit, og delegerte ansvar for å starte behandling med antibiotika på bakgrunn av muntlig informasjon som vi ga han. Vi har en bachelor i sykepleie, vi kan mye og den kunnskapen må vi få bruke (A-03).

Her forteller sykepleieren om legen som ga ansvar for å starte behandling på bakgrunn av muntlig informasjon om prøvestatus, allmenntilstand og tidligere behandling av pasienten, formidlet via telefon.

Skal vi ha god sirkulasjon i driften vår må vi samarbeide, ha et gjensidig arbeidsfelleskap slik vi hadde det med denne legen. Arbeidet gikk som en lek, vi fikk ting unna og det var ikke ventetid verken for oss eller pasientene (A-03).

Informanten kunne sammenlikne to ulike måter å håndtere en pasientsituasjon på. Hun reflekterte over at det fikk konsekvenser både for kvalitet og effektivitet i pasientarbeidet. I det ene tilfellet får sykepleier et delegert ansvar til å starte behandling og pasienten slipper å vente på lege. Her anerkjenner legen sykepleiers kompetanse som synes å få betydning for når pasienten får behandling. I det andre tilfelle ønsker legen selv å se pasienten først. Oppstart av behandling blir slik sett avhengig av ventetid på lege. Informantene forteller om eksempler med ulike samarbeidspraksis med leger innenfor samme type pasienttilfelle og samme type lidelse. Det *gjensidige arbeidsfelleskapet* som informanten beskriver å ha med tilsynslegen kan gi grunnlag for å mene at det er vil være hensiktsmessig å utvide sykepleiernes oppgaver. Det kan se ut som ulikhetene i samarbeidet mellom leger og sykepleiere ikke er knyttet til om du arbeider i A eller D kommunen, men kan være personavhengig.

5.1.4 Arbeidsordninger mellom sykepleiere og hjelpepleiere

Informantene i dette utvalget har lang erfaring og mye kunnskap fra sykehjem. De står i en sentral posisjon knyttet til endringene mellom de to forvaltningsnivåene og de varslede økte oppgavene fra sykehuset til kommunehelsetjenesten. Informantene sier at det ikke vil være forsvarlig eller mulig å ivareta både nye (fra sykehuset) og gamle oppgaver, i tillegg til et eventuelt utvidet ansvar. Forutsetningene for at de ønsker å påta seg et utvidet ansvar, lik ansvaret ANP i England, er at andre må overta noen av deres gamle oppgaver. Informantene beskriver en krevende hverdag på sykehjemmet med mange ”trivielle arbeidsoppgaver” som både sykepleiere og hjelpepleiere utfører i dag.

I dag er det nærmest ingen forskjell på arbeidsoppgavene til en sykepleier og en assistent. Jeg skjønner at det ikke er spesielt interessant for mange sykepleiere å arbeide på sykehjem(A-02).

Delegering har jeg ingen motforestillinger mot hvis de er skolert og behersker oppgaven. Ambulansefolk ble jo opplært i disse tingene, så hvorfor ikke hjelpepleiere? For eksempel enkle sår stell, ta blodprøver. Alle kan jo klare alt ved opplæring (D-05).

Informantene trekker frem at det ikke er så stor forskjell på arbeidsoppgavene til en sykepleier og en hjelpepleier. Jeg forstår at de ønsker en differensiering av arbeidsoppgaver. De ønsker å trekke klare skiller på hva en sykepleier skal gjøre og hva en hjelpepleier skal gjøre. De sier samtidig at de ikke har noe imot å delegere oppgavene de har i dag nedover til andre. Hughes sier at sykepleiere er avhengig av andre, for eksempel hjelpepleiere, for å utføre sitt arbeid og vise versa. Hughes beskriver et gjensidig avhengighetsforhold og organisasjonen som avgjørende for profesjonenes eksistens: *"No organization, no job. No other people, no work for me"* (Hughes 1951).

Hughes beskriver oppgaver som blir definert som "dirty work", med lav status og som ikke krever spesiell kompetanse eller utdanning. Det er imidlertid oppgaver som må utføres. Enkelte oppgaver regnes som mer attraktive og prestisjefylte. Så skjer det endringer og nye oppgaver kommer, som krever en spesiell utdanning. Sykepleieren får ansvar for de nye oppgavene og noen av de av de gamle og minst attraktive oppgavene skyves nedover til andre yrkesgrupper. I følge Hughes(1951) er dette noe som alltid vil skje, og slik sett er kanskje endring et av det mest stabile kjennetegn ved helsevesenet og yrkesutøvelsen.

Informantene forteller om en hektisk hverdag hvor sykepleierne utfører mange trivielle oppgaver, i tillegg til de sykepleiefaglige oppgaver, som blant annet medikament håndtering og administrasjonsarbeid.

Nå gjør jeg mye av det samme som pleieassistentene gjør i denne jobben, i tillegg til de sykepleiefaglige oppgavene. Jeg er jo i fire stell hver morgen, jeg mater, jeg tømmer søppel. Det jeg gjør i løpet av en dag kunne hvem som helst gjort og da er det jo sløsing med min kompetanse. Det blir mye sløsing i løpet av en uke!! (A-01)

Informantene i kommune- A tar opp tema forsvarlighet i forbindelse med et utvidet ansvarsområde og nye oppgaver. De beskriver en totalbelastning med få ressurser som gjør at ytterligere nye oppgaver kan gi utfordringer med hensyn til forsvarlighet og fare for feil.

Hos oss kan det være 1 sykepleier på 30 beboere. De fleste er demente, de håndterer ikke personlig hygiene, og kan verken spise eller kan kle på seg selv. De vet ikke hva slags medisiner de får. Det er et stort ansvar. Grunnen til at jeg ikke vil ha flere oppgaver handler ikke om at jeg ikke ønsker, eller ser muligheten for et utvidet ansvar, men hva som er

forsvarlig. Sånn sett er vi for få sykepleiere. Hva hvis noe skjer med to stykker i hver sin etasje på kveldsvakt? Du står med det sykepleiefaglige ansvaret (A-01).

Det formelle ansvaret må være i orden med hensyn til et økt ansvar for eksempel med hensyn til medikamenter/opp og nedtrapping/prøver og undersøkelser. Det er viktig at et slikt ansvar blir anerkjent og formalisert gjennom utdanning og autorisering, slik det for eksempel er gjort med forskrivningsrett for sykepleiere i England (Se kapittel 3). Sykepleierne i kommune A opplever ikke alltid at ansvar og myndighet står i forhold til hverandre.

Informanten forteller også om behovet for annet personell enn hjelpeprofesjonene for å kunne påta seg et utvidet ansvarsområde og nye oppgaver.

Jeg er så gammel at jeg savner den gamle kontordama som ble borte, hun som tok telefoner. Hun tok også unna masse papirarbeid som sykepleiere med sin fagkompetanse sitter og gjør i dag (D-05).

Informanten sier her noe om utfordringene for sykepleiere *som skal gjøre alt det alle andre også gjør*. Informanten kaller *det sløsing med hennes kompetanse*. Jeg tolker det slik at; alle (sykepleiere, hjelpepleiere og annet personell) utfører mye av de samme oppgavene selv om sykepleierne innehar en kompetanse som tilsier at bruk av annet personale, til å utføre de trivielle oppgavene, ville vært en mer riktig bruk av ressursene. Sykepleierne mener de gjør for mange trivielle oppgaver i dag, oppgaver som de mener andre yrkesgrupper kan ivareta og som de ønsker å delegere fra seg.

En av informantene forteller om mange dyktige hjelpepleiere, men at deres kompetanse ikke blir utnyttet godt nok i dag. De mener at det ligger en uutnyttet kapasitet i hjelpepleiernes funksjon. Å benytte kompetansen til hjelpepleierne bedre vil kunne bidra til en ny arbeidsdeling, mener informantene.

Vi burde utnyttet pleiepersonalet mye mer enn det vi gjør i dag. Hjelpepleierne som kjenner pasienten burde også være med på legevisitten, høre og uttale seg om pasienten (A-04).

Det at noen er spesialister innen et bestemt faglig felt, flinkere enn andre, oppleves som positivt for et fagmiljø. Det kan imidlertid også føre til splittelse og dårlig utnyttelse av kompetanse i egen kommune og på sykehjem;

Jeg jobbet med en hjelpepleier på sykehus som hadde masse kunnskap og erfaring om diabetes. Det førte til mye splittelse at hun kunne så mye, og de spurte etter utdanningen hennes. Istedenfor å bygge henne ned, kunne de ha bygget henne opp, og brukt hennes kunnskaper til opplæring. Det er mye å hente hos enkelte hjelpepleiere (D-05).

Høy erfaringskompetanse, men uten å kunne vise til formell kompetanse synes i dette tilfellet ikke å bli anerkjent. Jeg forstår informantene slik at avdelingen hadde god nytte av hjelpepleierens kunnskaper inntil et visst punkt. Når det viste seg at hun var svært flink ble hennes formelle kompetanse etterspurt i arbeidet hun utførte. I følge Abbott blir etterspørsel etter akademisk kunnskap benyttet for å beskytte og opprettholde og profesjonsgrensene (Abbott 1988).

5.1.5 Kompetanse i sykehjem

Informantene er opptatt av at opplæringen framover må være praktisk og medisinskfaglig rettet mot behovene i kommunehelsetjenesten. De nevner lidelsene demens, diabetes, KOLS og hjertesvikt. Samhandlingsreformen sier at en gjennomføring av reformen krever et kompetent helsepersonell i alle deler av tjenesten. Informantene er opptatt av, og beskriver ulike måter å øke sykepleierens kompetanse. De fremhever et spesielt behov for en økning i medisinskfaglig kompetanse. Det beskrives derfor som positivt at enkelte ledere i sykehjem bidrar til å sikre kompetanse i "eget hus" ved å ansette sykepleiere med erfaring fra sykehus.

De som har litt mer spesialistkunnskap innen ulike felt har gjerne lang erfaring fra sykehus. Med 20 år i sykehjem uten å ville oppdatere seg kan man kanskje bli litt akterutseilt? (A-02).

Flere av informantene fra begge kommuner har praksis fra sykehus, men de har erfaring for at det er få sykepleiere i kommunehelsetjenesten med slik erfaring. Medisinskfaglig kunnskap og erfaringene fra sykehus er uvurderlig å ha med seg inn i sykehjem, i følge informantene. *På sykehus fins det mange å spørre, hele tiden (D-06).* I sykehjem står du ofte alene i pasient vurderinger med få eller ingen å spørre. Å få utvidet sitt ansvarsområde og nye oppgaver betyr at flere forutsetninger må være på plass, blant annet kompetanse gjennom utdanning og opplæring. Måten å gjøre dette på, hva slags type kompetanse og hvordan tilegne seg den har informantene vært opptatt av. Alle

informantene fremhever ledere som viktige for å opprettholde kvaliteten på tjenestene og behandlingen i sykehjemmet.

Faglig standard kan gå ned hvis den ikke blir etterspurt. Hvis faglighet blir etterspurt vil sykepleieren ønske å ta et større ansvar og motiveres til å utføre mer (A-01).

Slik jeg forstår informanten kan det få betydning for behandlingsnivå (sykehjem/sykehus) om kompetanse blir etterspurt av leder og andre som sykepleier samarbeider med (for eksempel kompetanse i intravenøs behandling). En slik etterspørsel kan også være en motivasjon for sykepleiere til å ønske å vokse faglig og påta seg nye oppgaver. Dette er en motivasjon for disse informantene, men det er ikke nødvendigvis en motivasjon for alle sykepleiere.

Informantene i begge kommuner trekker frem behovet for jevnlig kvalitetssikring av sykepleiernes kompetanse i sykehjem. I dag får sykepleiere sin autorisasjon etter endt utdanning, og det stilles ingen krav til re-sertifisering av kompetansen etter dette. *Legene har krav til re-sertifisering, og får det til. Da må jo vi også kunne klare det!* (D-05) Det finnes imidlertid liknende system for sykepleiere, blant annet i spesialavdelinger i sykehus. Disse sykepleierfunksjonene sertifiseres ut jevnlig for å sikre kvalitet på egen kompetanse og på den behandlingen som gies. Kunnskap om sertifiseringsordninger på sykehus kan kommunehelsetjenesten dra nytte av for å kunne utarbeide liknende system. Ordningen kan bidra til å sikre lik kvalitet på tjenestene, uavhengig om de mottas på sykehus eller i kommunehelsetjenesten.

For å sikre vedlikehold og ny kompetanse er det nødvendig at opplæring/trening skjer over tid.

Jeg jobbet ett år på slagavdelingen på sykehuset for å få mer teknisk kompetanse, samtidig som jeg arbeidet en dag her på sykehjemmet. Det lærte jeg masse av(A-03).

Å øke kompetanse og ferdigheter skjer ikke ved ”et engangsstunt”, men gjennom øvelse.

Informantene holder fram arbeidsutveksling med sykehuset over en lengre tidsperiode kan være et godt tiltak. Informantene viser gjennom de gjengitte sitatene at de er opptatt av måter å fornye og vedlikeholde egen kompetanse på for å kunne ta imot nye og mer attraktive oppgaver.

Teknologisk utvikling og stadig nye behandlingsformer vil bidra til nye og mer prestisjefylte oppgaver for sykepleierne, sier Hughes(1951). Han sier videre at disse endrede oppgavene vil gi nye karriereveier og mulighet for etablering av spesialutdanninger for sykepleiere.

Flere tar videre-og etter utdanninger men har fremdeles samme vilkår som den som velger og ikke å holde seg faglig oppdatert. Det er et lite rettferdig system(D-05).

Informantene viser her til erfaring om at utdanning i liten grad belønnes, blant annet i form av økt lønn og muligheter for å avansere. For å rekruttere og beholde kompetanse på sykehjem er det viktig å belønne den personlige innsatsen det innebærer å ta videre utdanning, samt etablere muligheter for å avansere i fagstillinger.

Alle informantene er opptatt av å tilegne seg ny kunnskap for å påta seg nye oppgaver og et utvidet ansvar. Noen av informantene har videreutdanning eller er i et videre-eller etterutdanningsløp. På den måten skolerer allerede disse informantene seg for å beholde og videreutvikle sin kompetanse. Vilje og ønske om å lære nye ting kan sies å være spesielt for disse informantene og ikke nødvendigvis representativt for alle sykepleiere som arbeider i sykehjem.

Jo mer kompetanse du har jo morsommere er det å jobbe. Du kan hjelpe pasientene på en helt annen måte. Sykepleiere ønsker å jobbe mer avansert. Jeg tror at kommunene, hvis de satset på det(utvidet ansvarsområde), ville tiltrekke seg mange dyktige sykepleiere (A-01).

Det er en erfaring at der hvor det er fagfolk kommer det flere til. Informantene mener det er viktig å legge tilrette for at sykepleier skal kunne spesialisere seg innen et felt, eller at det føres et lederskap som bevisst ansetter spesialister ut fra det varslede pasientbehov. Informantene forteller at det er ikke mange med spesialutdanning i sykehjem. De mener det er behov for langt fler med spesialutdanning, spesielt innen geriatri. Informantene fra begge kommuner er interessert i å utvide sitt ansvarsområde og å få nye oppgaver. Imidlertid mener de det er en viss grense for hva enkelte sykepleiere i sykehjem ønsker å påta seg.

Det var så stor motstand blant ordinært personell i sykehjem (hele personellgruppen-ikke informantene) på konkrete forespørsler om å ta imot en respirator pasient. Motstanden var så stor at vi besluttet ikke å ta imot (A-02).

Motstanden blir forklart med at personale opplever at det ikke er nok kunnskaper. Mange sykepleiere opplever etter 15 år i sykehjem en angst for det akuttmedisinske på grunn av manglende kunnskaper og erfaring. Eksempelet viser igjen at et bredere utvalg informanter, beskrevet i kapittel 1.2.2, kunne bidratt til flere oppfatninger og gitt en annen type kunnskap. Det virker som om det

går en grense for overføring av oppgaver fra sykehus til sykehjem knyttet til f.eks. respiratorbehandling, som ser ut til å være etablert i personellgruppen. Dette er en begrensning også informantene som jeg har intervjuet må forholde seg til, selv om de selv ville påtatt seg å håndtere respiratorpasienter.

5.2 Detaljerte Temaer – Virkninger og Gevinster

Forskningsspørsmål 1 ønsker å få svar på hvilke virkninger et utvidet ansvarsområde og nye oppgaver for sykepleierne vil få for pasientene. ”Virkninger/gevinster for pasientene” er her definert som informantenes argumenter for å flytte oppgaver fra sykehus til sykehjem.

5.2.1 Forhindre unødig belastning for pasienten

Informantene trekker frem at et utvidet ansvarsområde for sykepleiere, forutsatt formell utdanning og godkjenning, ville spare pasienten på flere måter.

Pasienten vil kunne få raskere behandling, ordningen vil kunne bidra til økt livskvalitet, og pasienten ville i større grad unngå å bli lagt inn i sykehus;

”Det er en påkjenning for pasienten å komme på den ”reisen”, det å bli sendt frem og tilbake til sykehuset. Mange av pasientene ligger i grenseland for å være demente. Det tar ukevis før de blir ”klare” igjen, og hva med utviklingen av sykdommen? Hva er omkostningene totalt sett for den belastningen pasienten utsettes for? Det er ikke undersøkt, så vidt jeg vet”(D-05).

Informantene har alle erfaringer med, og er opptatt av belastningene som en innleggelse påfører pasientene. Pasientene er gamle, ofte skjøre og kronisk syke, og for ikke akutt kritisk syke kan en innleggelse bli spesielt krevende. De akutt kritisk syke må selvfølgelig prioriteres først, noe som får konsekvenser for sykehjemspasienter ved både nødvendige og unødvendige innleggelser. Det siste er tilfeller hvor pasienten kunne vært behandlet på sykehjemmet hvis utstyr, kompetanse, ansvar og myndighet var tilstede. Informantene forteller at det ikke er sjelden disse pasientene må vente en hel dag på ambulanse. For eksempel kan grunnleggende behov som mat og hygiene i venteperioden være utfordrende å ivareta.

”Denne utmattende utvekslingen er en krevende øvelse for friske, hvordan er det da for syke, slitne og ofte forvirrede og redde gamle”? (D-05)

I tilfeller nevnes ventetid på åtte timer i sykehjemmet før pasienten blir hentet av ambulanse. I tillegg til ventetid på en ubekvem bære i akuttmottaket før pasienten blir tilsett av lege. Det kan være vanskelig for øvrig helsepersonell å skulle ivareta for eksempel smertelindring og ernæring i perioden før situasjonen er avklart.

Vi kan jo kontakte legevakten utenom tilsynslegetiden. Men det tar for lang tid og de kommer jo ikke for småting, som for eksempel vanskelig innleggelse av blærekateter, eller situasjoner hvor jeg trenger å rådføre meg: Skal jeg sende beboer til sykehus eller skal jeg vente?(A-03)

Informanter i A kommunen forteller om tilfeller hvor pasienter er lagt inn i sykehus på grunn av manglende tilgang eller sen tilgang på legevaktslege.

5.2.2 Skifte av omsorgsnivå og informasjonsutveksling

Utteksling av informasjon kan være utfordrende og sårbart ved skifte av omsorgsnivå. Manglende dokumentasjon eller forsinket dokumentasjon begge veier (fra sykehjem til sykehus og motsatt) kan være en kilde til at feil oppstår. Feil, som utsatt behandling - i verste fall feilbehandling, og også obstruksjon i sykehuset ved at pasienten ikke kommer videre til sengepost.

De viktigste bruddene, som gjør seg gjeldende i hele helsetjenesten er mangelfull informasjonsutveksling mellom ulike nivå i helsetjenesten, blant annet at legene/helsetjenesten ikke har oversikt over pasientens totale legemiddelbruk, at det mangler en "prosesseier" som er ansvarlig for helhetlig behandling samt pasientopplæring (Walter, Aarnes og Idsø, et al, 2009).

Skifte av omsorgsnivå er en krevende øvelse for alle involverte, både pasienter, pårørende og helsearbeidere. Det forutsetter gode rutiner, struktur og objektive gode data som følger pasienten.

Når vi legger inn en pasient i sykehus sender vi med et skjema hvor vi blant annet fører opp medisinerne. Vi kan ikke sende slik informasjon elektronisk. Vi legger papiret under hodeputen til pasienten, eller leverer det til ambulansesjåføren(A-01).

I dag foregår utveksling av informasjon og dokumentasjon på tre måter ofte parallelt, noe elektronisk, noe på papir og noe muntlig. Informantene forteller om ulike elektroniske verktøy i kommunehelsetjenesten, mellom sykehjem og fastlegekontor og mellom sykehuset og kommunehelsetjenesten. Dette gir store utfordringer med hensyn til kommunikasjon mellom nivåene.

5.2.3 "Banale lidelser" bør behandles på sykehjem

Jeg forstår informantene slik at et utvidet ansvarsområde for sykepleierne kunne bidratt til å redusere unødvendige innleggelser og øke kvaliteten på pasientomsorgen.

Her på D- sykehjemmet behandler sykepleiere ordinær infeksjons behandling med intravenøs på legens anmodning. Det hadde vært fint og hatt den muligheten, på selvstendig grunnlag også å starte antibiotika behandling enkelte ganger, og særlig før en helg! Forutsatt at pasienten ikke hadde tilleggslidelser og jeg hadde skolering og formell godkjenning for det (D-06).

Sykepleierne fra begge kommuner fremhever de positive effektene et utvidet ansvarsområde kan ha for pasienten. Som for eksempel å kunne starte antibiotikabehandling (som tablettkur eller intravenøs) hos pasienter med hyppige lungebetennelse.

Jeg ser de samme pasientene her (på sykehjemmet) som jeg møtte på sykehuset da jeg jobbet der. Ofte var det hyppige innleggelser for pasienter med kroniske sykdommer, i tillegg til pasienter med sårinfeksjoner, eksem, urinveisinfeksjon(uvi) og lungebetennelse(pneumoni). Dette er alminnelige ting som jeg mener vi på sykehjemmet bør håndtere selv (D-05).

Her legger informanten til at..*her på D-sykehjemmet behandler vi slike pasienter selv, men det er ikke vanlig for alle sykehjem(D-05).* Informanter fra begge kommuner er entydige på hva som er hyppige innleggelsesdiagnoser. De legger til at pasienten i størst mulig grad bør få sin behandling der han eller hun er. Det vil si at utstyr og personale bør komme til pasienten og ikke omvendt.

Det er diagnosene uvi, pneumoni og dehydrering som er de hyppigste årsakene til at jeg ringer legevakt og som fører til innleggelse (A-02).

Hadde vi hatt utstyr og kompetanse til å gi pasienten intravenøs væske her så kunne ting vært annerledes. For det er jo den behandlingen pasienten får på sykehuset, og vi har jo både lege og sykepleier her? Innleggelsen hadde vært unngått (A-04).

Informantene fra A-kommunen uttrykker et ønske om i større grad og selv å behandle pasienten på sykehjemmet, fremfor at pasienten blir behandlet på sykehus. De bekrefter også typer innleggesdiagnoser og konsekvensene en innleggelse kan medføre for pasienten. Dette er i tråd med hva Carusone og Loeb Lohfeld skriver: *These transfers are both costly and for some, associated with increased risks.* Resultatene av undersøkelsen viste at *Both residents and family members preferred that pneumonia be treated in the nursing home, where possible. They both felt that caring and attention are key aspects of care which are more easily accessible in the nursing home setting* (Carusone, Loeb Lohfeld, 2006,s 6).

5.2.4 Sparte samfunnsressurser

Informantene trekker frem eksempler på at man kan spare samfunnsressurser ved at sykepleiere får et utvidet ansvarsområde og nye oppgaver. Når pasienten kan få behandling på sykehjemmet kan det redusere bruk av andre type ressurser; som ambulanse, ambulansepersonell, personale på sykehuset, og det blir frigjort en plass på sykehuset.

”Vi kunne spart lege-tid med en slik ny ordning. Legen kunne konsentrert seg om mer krevende oppgaver. Ved å starte behandling tidlig, dvs. slippe å vente på legen kunne vi forhindre en innleggelse. Vi ville spart pasienten, spart følgeperson, ambulanse og en kostbar plass på sykehuset (A-04).

Man kan si at ved å spare pasienten for en innleggelse sparer man også andre ressurser og de frigitte ressurser kan benyttes mer hensiktsmessig. I forrige avsnitt fortalte sykepleierne om frustrasjon over systembegrensninger. I dette avsnittet inntar de en mer offensiv rolle, og beskriver verden slik den ideelt sett burde være.

6. Diskusjon

Til nå har jeg presentert informantenes stemme, og vender meg nå mot hvilke implikasjoner de holdningene og erfaringene de beskriver gir. Her er det forskerens, altså min, stemme som kommer tydeligst fram. I så måte er det nyttig å repetere forskningsspørsmålet som en introduksjon til diskusjonskapittelet:

Hvilke oppfatninger har erfarne sykepleiere på sykehjem knyttet til å utvide sitt ansvarsområde og nye oppgaver (lik ANP i England) som sykepleier?

Valg av tema og forskningsspørsmål bygger på en formening om at en ny arbeidsdeling i sykehjem vil kunne bidra til bedre flyt og kvalitet i pasientbehandlingen, samt en mer effektiv utnyttelse av menneskene som arbeider der. Dette kan oppnås gjennom en ny fordeling av oppgaver mellom yrkesgrupper og nivåer i helsetjenesten. Forskningsspørsmålene gir også til kjenne en formening om at det er profesjongrenser mellom personell i sykehjem i dag. Etter teoridiskusjonen i denne oppgaven kan det understrekes at helsepersonell består av flere yrkesgrupper. To hovedfunn er identifisert og omtalt i kapittel Resultater og analyse. Det ene omhandler informantenes argumenter for å flytte oppgaver fra sykehus til sykehjem. Informantene mener flytting av oppgaver vil kunne gi gevinster for pasienter og sykehus. Det andre hovedfunnet omhandler utfordringene ved å flytte oppgaver fra sykehus til sykehjem. I diskusjonskapittelet vil jeg gå nærmere inn på disse to hovedfunnene.

6.1 Oppsummering

Informantene beskriver situasjoner hvor begrenset tilgang på lege kan føre til innleggelser i sykehus. Legens tillit til sykepleierens kompetanse ser ut til å ha betydning for om pasienten blir behandlet på sykehjemmet eller lagt inn i sykehus. En forutsetning er at kompetansen må anerkjennes av andre for å være gyldig. Samspillet mellom lege og sykepleier ser ikke ut til å være knyttet til om du arbeider i A eller D kommunen. Tilliten og ansvaret som legen gir sykepleier i arbeidsforholdet ser ut til å være individuelt og personavhengig.

Informantene beskriver at et utvidet ansvarsområde og nye oppgaver vil gi dominoeffekt for andre oppgaver. Det må være tilstrekkelig annet faglig personell som hjelpepleiere og assistenter på vakt

for å ta over delegerte oppgaver fra sykepleierne. Å delegere trivielle oppgaver nedover og til siden for å kunne påta seg nye oppgaver beskrives som en forutsetning i begge kommuner. Kommune A formidler et behov for en økning i personell, og viser til *faglig forsvarlighet og sløsing med kompetanse*. Informantene i D kommunen formidler ikke direkte et behov for en økning i antall sykepleiere for å håndtere nye oppgaver og et større ansvar. I beskrivelsen av kommunene kommer det også frem at sykepleierdekningen er svært god i D-kommunen i tillegg til høyere legetilgang.

Å øke kompetansen i sykehjem for å kunne ta hånd om økte oppgaver er sentralt for informantene i begge kommuner. De trekker frem ulike tiltak som kan bidra til å øke kompetansen. Informantene har ikke noe imot å få et utvidet ansvarsområde forutsatt en formalisert myndighet. De er opptatt av sitt ansvarsområde og ikke å gå utenfor dette i dag. De mener også at banale lidelser bør behandles på sykehjemmet, og på den måten å spare pasientene for belastninger en innleggelse kan medføre. Kommune- D behandler allerede pasienter for nevnte lidelser i hjemmet eller sykehjemmet. Det ser slik sett ut til å være gode forutsetninger i kommune D til å møte nye varslede oppgaver fra sykehuset.

6.2 Gevinster

Samhandlingsreformen blir beskrevet som en retningsreform hvor målet er ”Rett behandling -på rett sted-til rett tid”(St.meld.nr 47 2008-2009). Samhandlingsreformen har to store hovedmål. Den har først og fremst et mål om å bremse veksten i kostnader til spesialisthelsetjenesten. Den har også som mål å gi kronisk syke og gamle et mer helhetlig tilbud.

Informantene beskriver arbeidsoppgavene de har i dag, og gir slik sett flere argumenter for å flytte oppgaver fra sykehus til sykehjem, noe som er i tråd med intensjonene i Samhandlingsreformen. Sykepleierne mener mange pasienter som blir lagt inn fra sykehjem til sykehus kunne vært behandlet på sykehjemmet hvis kompetanse og utstyr var tilstede. Sykepleierne gir også uttrykk for vilje og et ønske om å påta seg nye oppgaver og et utvidet ansvar. Informantene gir en detaljert beskrivelse av hvilke utfordringer dette vil medføre, og samtidig hvilke forutsetninger som må være tilstede for å få det til.

6.2.1 Økt kvalitet for pasientene

Informantene i denne oppgaven beskriver gjennom flere sitater hvilken påkjenning det kan være for pasienten å komme på ”*denne reisen, det å bli sendt frem og tilbake til sykehuset*”(D-05).

Resultatene viser at informantene er bevisst på å vedlikeholde medisinsk kompetanse og evne til å sette seg inn i pasientens situasjon. Begge deler er forutsetninger for å kunne utøve sykepleie og god pasientbehandling. Informantene i denne oppgaven har allerede, eller er i gang med videre utdanning og er slik sett i en særklasse. Det vil nødvendigvis ikke være slik at alle sykepleiere ønsker flere oppgaver og utdanning. Dette var en begrensning informantene eksplisitt viste til i forbindelse med respiratorbehandling. Resultatene viser til at sykepleierne reagerer på det de opplever som uetisk og uverdig for sykehjemspasientene. NSF (Norsk sykepleierforbund) Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere, presiserer at sykepleiere har et profesjonelt og etisk ansvar overfor pasientene og samfunnet. Slik sett reagerer sykepleierne rettmessig på unødvendige innleggelser. Skifte av omsorgsnivå blir beskrevet som krevende for pasientene, og kan i tilfeller også være forbundet med risiko. Dette inntrykket bekreftes i en artikkel Carusone og Loeb Lohfeld (2006) om behandling av lungebetennelse i sykehjem. Artikkelen referer til at beboere på sykehjem blir hyppig sendt til sykehus. Forflytning av pasienter blir betegnet som både kostnadskreven og forbundet med økt risiko for noen. Både beboere og pårørende foretrakk behandling på sykehjemmet. De mente at omsorg og oppmerksomhet var mer tilgjengelig i sykehjemmet (Carusone, Loeb Lohfeld 2006).

Innleggelse av pasienter på sykehus kan reduseres gjennom i større grad å behandle pasientene på sykehjemmet. Færre pasienter på sykehus vil slik sett kunne bety en kvalitetsmessig gevinst for pasientene, og bidra til å bremse veksten i spesialisthelsetjenesten som Samhandlingsreformen legger opp til. Det ser ut til at et sjikt av sykepleiere har ambisjoner om, og er motivert for å bidra til dette.

6.2.2 Frigjøre ressurser

Økt behandling på sykehjemmet kan bidra til å redusere bruk av ressurser i sykehus. Ved å spare pasienten for en innleggelse sparer man også andre ressurser, og frigitte ressurser kan benyttes mer hensiktsmessig. Informantene har redegjort for flere slike ressurser i kapittelet Resultater og analyse. Tilstrekkelig kompetanse i kommunehelsetjenesten er imidlertid avgjørende for å redusere antall innleggelser i sykehjem. Det går fram at distriktskommunene og by kommunen i dag har ulik

innleggelses praksis. På bakgrunn av dette er det grunnlag for å mene at kommunene vil være kommet ulikt med hensyn til nok kompetanse for å kunne behandle mer i kommunehelsetjenesten, slik Samhandlingsreformen sier. Det blir derfor viktig og generelt å øke kompetansen til sykepleiere og alt personell. På den måten kan innleggelser reduseres, og først da er det mulig å frigjøre ressurser. Spørsmålet om økt kompetanse er ikke bare et skrivebordsfenomen, men noe informantene i denne studien konkret viser et behov og ønske om. På politisk nivå blir spørsmålet hvordan dette skal imøtegås.

Samhandlingsreformen innebærer også en flytting av midler fra spesialisthelsetjenesten og til kommunene. Kommunene er imidlertid usikre på hva dette reelt vil innebære av økte midler for gjennomføring av reformen (Budstikka 8.10. 2011). Det blir desto viktigere å benytte tilgjengelige ressurser på en best mulig måte.

6.2.3 Beholde og rekruttere

Behovet for kompetanse og personell i framtida er omtalt i både St.meld.nr 25, (2005-2006) og St.meld.nr.47, (2008-2009). SSB/Helsemod (2008) viser at behovet frem mot år 2030 vil være mellom 95 000 og 135 000 nye årsverk. Tilgangen på personell er beregnet å være ca 100 000 årsverk i samme periode (St.meld.nr.47 2008-2009).

Kommune D har ett sykehjem, mens A-kommunen har flere. I D-kommunen er alle sykepleierstillinger besatt og flere ønsker å arbeide på stedet. Slik sett kan det synes som om dette er en attraktiv arbeidsplass. Informantene gir uttrykk for at de trives, og at de er komfortable med ansvaret de har på sykehjemmet i D- kommunen. Trivsel og faglige utfordringer er viktige elementer for å beholde og rekruttere fagfolk. Muligheter for å arbeide mer avansert fremheves av informantene. Jobben blir mer spennende, og de kan gjøre mer for pasientene. Slik sett kan en etablering av avansert sykepleie i kommunehelsetjenesten, lik den i England, gjøre det mer attraktivt å arbeide i sykehjem, og bidra til å øke antall sykepleiere.

Mangel på muligheter for opprykk til nye stillinger i kommunehelsetjenesten kan være en viktig grunn til at det er vanskelig å realisere seg innenfor dette systemet, det vil si "å stige i gradene" (Vike, 2002). Det gjør det vanskelig å tiltrekke seg folk med høy kompetanse, fordi det ikke er noen plass å få forfremmelse til. For å stige i gradene må sykepleierne enten skifte yrke, for eksempel helse-og sosialsjef eller rådgiverstilling i offentlig forvaltning. Ingen av delene bidrar til å beholde kompetanse på sykehjemmet hvor det er behov for dyktige sykepleiere. Interessen for fag

og kvalitet hos informantene er et signal til beslutningstakere om å bruke en slik anledning, å søke muligheter for å øke kvalitet, rekruttere og beholde faglig dyktige sykepleiere. Å opprette avansementsordninger for fagstillinger, lik ordningen med ANP vil kunne være et slikt tiltak. Andre tiltak med liknende effekter er slik Samhandlingsreformen foreslår; etablering av halvannen-linje tjenestetilbud som lokalmedisinske sentra, sjukestuger og ambulante team i kommunene for å behandle mer i kommunene og hindre innleggelser. Informantene forteller at de kan stå overfor pasientutfordringer i sykehjem hvor de behøver assistanse. Ambulante ressursteam vil kunne bidra til å utnytte knappe ressurser ved at flere sykehjem og hjemmesykepleien kan benytte et samlet fagtilbud ”på hjul”. Det kan være et alternativ til å spre avansert kompetanse ”tynt utover” med få, eller en avansert sykepleier på hvert sykehjem. Pasienten får hjelp på et lavere nivå, man unngår i større grad innleggelse i sykehus, og det skjer en kompetanseoverføring fra den avanserte sykepleier til helsepersonellet i sykehjemmet.

Samhandlingsreformen sier at tilgjengelige ressurser i framtida må benyttes annerledes enn i dag (St.meld.nr.47,2008-2009). Det forstår jeg som å jobbe smartere med de ressurser man har. Det kan bety mer enn og bare fordele oppgaver mellom profesjoner, men også hvilket nivå det er hensiktsmessig at oppgaven løses på. Bevisst satsing på kompetanse og muligheter for avansement og forfremmelse kan bidra til at arbeid på sykehjem blir mer attraktivt. Å løfte frem ambulant ressursteam som en slik mulighet for sykepleiere å avansere vil kunne tiltrekke seg folk med høy kompetanse.

6.3 Utfordringer

Erfaringsmessig har behovet for sykepleiere og helsepersonell alltid vært diskutert i fagmiljøene som en pågående og kommende knapphetsfaktor. ”Nok sykepleiere” er omtalt i analysekapittelet i forbindelse med forsvarlighet ved et utvidet ansvar og nye oppgaver for sykepleierne. Før et slikt utvidet ansvarsområde etableres er det nødvendig å se på alle oppgaver som sykepleierne utfører i dag, både de sykepleiefaglige/administrative/ medisinske og ”de trivielle oppgavene”. Det blir viktig å se om noen av disse oppgavene kan utføres av andre? Det går frem av analysekapittelet at sykepleiere ikke kan påta seg et utvidet ansvar og nye oppgaver, og samtidig ivareta alle de ”gamle” oppgavene.

Det er en kjensgjerning at behovet for kompetent personell vil øke. Det blir derfor viktig å se på hvordan man kan benytte framtidige og tilgjengelige ressurser på en annen måte. Hvordan benytte hvert enkelt helsepersonell på best mulig måte ut fra de forventede og varslede helseutfordringene? Det kan synes som om det ikke lenger er hensiktsmessig at ”alle gjør alt”, slik som informantene beskriver, men at oppgavene blir mer differensiert. Det vil derfor være hensiktsmessig å se nærmere på de sentrale yrkesgruppene i sykehjem, sykepleierne, hjelpepleierne og legene, og deres oppgaver.

6.3.1 Sykepleierne, hjelpepleierne og oppgavene

Sykepleiere lærer, og har som ideal at deres ansvar for pasientene omfatter det fysiske, psykiske, det åndelige og det sosiale (Vike, 2002,s.120). Sykepleierutdanningen har en holistisk, helhetlig tilnærming til faget og pasientarbeid. Dette innebærer at sykepleieren til enhver tid må vite at pasientene har fått dekket sine grunnleggende behov som søvn, mat og eliminasjon. Andre yrkesgrupper som for eksempel fysioterapeuter og ergoterapeuter kommer til en bestemt tid til avdelingen for å utføre en definert og avgrenset arbeidsoppgave. De har som oftest en avtale hos pasienten og kan forlate avdelingen når oppgaven er utført. Disse yrkesgruppene har større mulighet til å avgrense sin virksomhet uten å la seg presse av knapp tid og begrensede ressurser. For sykepleieren er det annerledes fordi ansvaret er av en annen karakter (Vike, 2002). Sykepleierne har, eller påtar seg et totalansvar både for pasientens helsetilstand og pasientens subjektive opplevelse av den. Sykepleieren har ikke anledning til å gjøre som ergoterapeuten å lage timeavtale med de pasientene hun har ansvaret for. En sykepleier må alltid være tilstede på avdelingen som kan garantere for at pasientene observeres ut fra helsetilstand. Ansvaret for pasienten definerer Vike (2002) som ubegrenset i tid. Hjelpepleierne spiller også en viktig rolle i heldøgnsbaserte institusjoner. Det er imidlertid sykepleierne som har hovedansvaret (Vike, 2002).

Informantene beskriver en hektisk hverdag som i tillegg til sykepleiefaglige/medisinskfaglige oppgaver består av flere trivielle arbeidsoppgaver. ... *jeg er jo i fire stell hver morgen, jeg mater, jeg tømmer søppel (A-01)*. Jeg forstår informantenes erfaringer som et totalansvar som kan oppleves som både overveldende og som ”sløsing” med deres ressurser. Den holistiske tankegang kan bidra til å belyse arbeidsoppgavenes kompleksitet og sammenheng samt blandingen av trivielle og sykepleie/medisinskfaglige oppgaver. Hvis sykepleieren skal leve opp til et holistisk menneskesyn, det vil si å ivareta hele mennesket, vil oppgavene som inngår for eksempel i morgenstellet kunne inkludere alt fra å hjelpe pasienten med munnstell/tannpuss til å gi en injeksjon. Det viser at

sykepleierens oppgaver griper inn i hverandre og ikke alltid er like lett å dele opp. Hos en urolig og kanskje dement pasient vil det være behov for å forklare, veilede og kanskje berolige. Eksempellet med tannpuss, en tilsynelatende triviell oppgave, kan derfor vise seg å være omfattende og kreve tid. Både sykepleiere og hjelpepleiere har et forhold til å ivareta helheten, det vil si helhetlig omsorg. Eksempellet over viser at det å ivareta helheten kan vise seg å være mer omfattende enn først antatt. Informantene viser til at også trivielle oppgaver oppfattes å høre til i deres knippe oppgaver, sammen med de sykepleiefaglige oppgavene. Både hjelpepleiere og sykepleiere mener deres oppgave er å ivareta helheten hos pasientene (Vike, 2002). Hvis begge yrkesgrupper har den samme oppfatningen (at begge har som oppgave å ivareta helheten hos pasientene) er det grunn til å tro at det skjer overlapp av oppgaver. Desto viktigere bør det være å ha en gjennomgang av alle oppgaver som utføres på sykehjemmet. Det er oppgaven som avgjør hvilke kompetanse og yrkesgruppe som det er hensiktsmessig å benytte, sier Hughes(1951). Fra egen yrkeserfaring utføres flere av oppgavene i sykepleierens knippe også av andre, ofte hjelpepleierne. Slik sett vil en gjennomgang av oppgaver vise hvilke av oppgavene i sykepleierens knippe det er hensiktsmessig utføres av sykepleieren og hvilke som bør utføres av andre.

Informantene beskriver at hjelpepleiere er en uutnyttet ressurs som i mange tilfeller kunne vært benyttet til mer avanserte arbeidsoppgaver. Berg (1987) beskriver oppgaveforskyvningen, som ga en slags dominoeffekt ved at legene orienterte seg mot stadig nye oppgaver, og sykepleierne fulgte etter ved å overta etterlatte oppgaver fra legene (Berg 1987). Den samme mekanisme kan synes å være til stede også i forholdet sykepleiere og hjelpepleiere. På enkelte sykehjem får hjelpepleier ”lov til å gjøre” enkeltoppgaver, som for eksempel stell av sår eller å sette insulin. Det sykepleiefaglige ansvaret ligger hos sykepleier, men sykepleier kan delegere oppgaven til hjelpepleier. Her kan det være individuell og ulik praksis mellom sykepleiere og sykehjem. Er det for eksempel fordi sykepleier kjenner og anerkjenner kompetansen til hjelpepleier? Ved å bruke oppskriften til Hughes vil det ikke være teknisk noe i veien for at hjelpepleiere blir opplært til typiske sykepleieroppgaver. En faktisk utførelse av en slik oppgave innebærer imidlertid at sykepleier ikke bare kjenner, men anerkjenner kompetansen til hjelpepleier, og gir henne adgang til oppgavene.

Det kan synes som om grensene mellom sykepleie og hjelpepleieroppgaver er tvetydig. Det er ikke noe godt svar på hvorfor det er slik. Informantene viser til totalansvaret de har. *Hos oss kan det være 1 sykepleier på 30 beboere. De fleste er demente, de håndterer ikke personlig hygiene og kan verken spise eller kan kle på seg selv. De vet ikke hva slags medisiner de får. Det er et stort*

ansvar(A-01). Den holistiske tankegang som er en del av den sykepleiefaglige opplæring og tankegang kan synes å være en av årsakene til at sykepleierne påtar seg et totalansvar for pasientene. Det kan se ut som det oppstår kjedereaksjoner mellom yrkesgrupper. Ved stort arbeidspress tar hjelpepleierne over noen av sykepleieroppgavene for sykepleierne, og sykepleierne tar igjen over oppgaver fra legene.

I følge Abbott(1988) skjer det tilpasninger og glidning av oppgaver som svar på praktiske utfordringer på arbeidstedet. For hver enkelt arbeidsoppgave bør ansatte og ledere stille spørsmålet: ” hvorfor er denne oppgaven utført av en sykepleier og ikke av andre yrkesgrupper? Når det gjelder arbeidsoppgaver som er utført av andre, skal en spørre, ”hvorfor er dette gjort av andre yrkesgrupper istedenfor en sykepleier”(Hughes 1951). En slik gjennomgang kan bidra til at oppgaven blir utført av den yrkesgruppe som det er mest hensiktsmessig å benytte ut fra medisinskfaglige, kvalitet og ressursmessige hensyn. Dette vil gjøre det mulig for ledere og ansatte å identifisere overlappende oppgaver, det vil si oppgaver som både sykepleiere og hjelpepleiere utfører. En slik kunnskap vil være nyttig i et arbeid for å oppnå varig endring av praksis og en ny fordeling av arbeidsoppgaver. Det vil i en slik sammenheng være viktig å ha blikk for helheten for å forstå delene.

6.3.2 Legen, sykepleieren og oppgavene

Informantene forteller varierende tilgang på lege i de to kommuner. Vi har sett at D-kommunen har en svært tilgjengelig og fleksibel legetjeneste. Det går frem at sykepleierne ønsker mer legesamarbeid. Det er ikke noen motsetning mellom ønsket om mer tilgjengelig lege og det å få et utvidet ansvar for sykepleieren. Allerede i 2005 hadde svært mange kommuner for lav legedekning i sykehjem til å innfri de krav helsedirektoratet stiller til god kvalitet. I 2006 er igjen hovedinntrykket at stillingsandelen ved mange sykehjem stadig er lave, og meldingen forteller om manglende kontinuitet og kapasitet (St.meld. nr.25 2005-2006). I 2009 sier Regjeringen at de vil legge til rette for at veksten i legetjenesten framover og vurdere å øke timeantallet for allmenmedisinsk legearbeid. Det refereres til at flere kommuner allerede har satset på å ansette sykehjemsleger i store deltidsstillinger eller heltidsstilling for å få kontinuitet og fagutvikling i denne tjenesten (St.meld.nr.47 2008-2009). D-sykehjemmet i undersøkelsen har allerede gjort dette.

Ved innleggelser fra sykehuset kommer pasientens epikrise fra sykehuset elektronisk til sykehjemmet. Fra min arbeidspraksis er det vanlig at sykepleierne ved mottak av pasient orienterer seg i epikrisen, dokumenterte og administrerer videre behandlingsopplegg bestemt fra sykehuset.

Dette kan blant annet innebære rekvirering av ulike blodprøver og undersøkelser. For pasienter som er operert, for eksempel for lårhalsbrudd vil epikrisen inneholde informasjon om hvilke type smertestillende medikament og mengde pasienten skal ha. En gradvis nedtrapping av sterke smertestillende ned til lettere smertestillende foregår vanligvis over tre uker. Å observere effekt av medikamenter og endringer i helsetilstand inngår i det sykepleiefaglige ansvaret. Det er ofte sykepleierne som skriver forslag til en slik nedtrappingsplan for medikamenter. Nedtrappingsplanen legges frem for tilsynslegen som godkjenner planen. Dette synes å skje som en følge av tilsynslegens begrensede tid på sykehjemmet. I tillegg har sykepleierne, gjennom sin tilnærmet kontinuerlige tilstedeværelse på avdelingen en total oversikt over pasientenes helsetilstand, endringer og behov for tiltak. Ordningen synes å være slik fordi det er mest praktisk både for legen og sykepleieren.

Slike ordninger kommer i følge Abbott(1988) i stand på grunn av praktiske årsaker. Abbott sier at det skjer avtaler mellom profesjonene hvor slike ordninger inngår. Han sier videre at dominante profesjoner har god nytte av subordinerte profesjoner til å utføre rutineoppgaver. Det kan synes som om slike avtaler er uuttalte, i den forstand at de ikke snakkes om eller står skrevet noe sted. Sykepleierne har, eller/og har påtatt seg ansvaret for *helheten*, som gir et *ubegrenset ansvar* (Vike, 2002). Slik sett kan ordninger og avtaler som kommer i stand mellom profesjoner synes å inngå i sykepleierens *ubegrensede ansvar*.

Tilsynslegen har begrenset tid, noe sykepleieren vet og er forberedt på. Hun vil at pasienten skal få rett medikament til rett tid, og fordi hun opplever å ha et totalansvar for pasientene og avdelingen, er hun opptatt av å få oppgaven gjort. Tilsynslegen kommer derimot til en gitt tid til sykehjemmet, for eksempel en gang pr uke, for å utføre en bestemt oppgave - tilsynsfunksjonen. Den avgrensede legetiden har sykepleieren forberedt godt for å få arbeidet unna. Hun har laget en oversikt, en liste over de pasienter som har behov for tilsyn. Listen kan også inneholde forslag til tiltak, som for eksempel at kols-pasienten bør ta nytt røntgenbilde av lungene og nye blodprøver fordi sykepleier mistenker en lungebetennelse. I tillegg kan den inneholde forslag om å redusere tilførsel av O2 på nesekateter fordi målinger utført siste dager viser at O2 metningen i blodet er for høyt. Som en av informantene sier: Legen *baserer seg på våre observasjoner og forslag til behandling. Det er mye vi allerede gjør hvor vi bare trenger en bekreftelse fra legen* (A-04). Sykepleierens oppgaver synes vanskeligere å avgrense mens legens oppgaver i større grad er avgrenset i tilsynstiden. Det kan også synes som om legeoppgavene, oppgavene som hører inn under det medisinskfaglige ansvaret glir sammen med de sykepleiefaglige oppgavene. Informantene

forteller om pasienter hvor det er mistanke om lungebetennelse, og et ønske om å sette i gang behandling ved positivt prøvesvar... *Det å vente på lege for å sette i gang behandling er det som tar lengst tid*(A-03). Materialet viser individuelle forskjeller mellom tilsynslegene; noen delegerer enkelte oppgaver til sykepleierne, mens andre ønsker å gjøre disse oppgavene selv. Informanten beskriver resultatet av det hun mener er et gjensidig godt samarbeid om oppgavene. Hun forteller at *...arbeidet gikk som en lek, vi fikk ting unna og det var ikke ventetid hverken for oss eller pasientene* (A-03). Sykepleier reflekterte over hva hun sammen med tilsynslegen ved sykehjemmet fikk utrettet av pasientarbeid, med hensyn til kvalitet og effektivitet sammenliknet med tidligere erfaringer. Det går frem at legen ikke bare må kjenne kompetansen til sykepleier, han må også føle seg trygg på at sykepleier behersker oppgaven. I tillegg må legen anerkjenne kompetansen, slik som tilsynslegen gjorde i dette tilfellet.

ANP utfører noen av de tradisjonelle legeoppgavene og legene kan slik sett frigjøres til mer krevende pasientbehandling. En hovedbarriere for å innføre ANP i England har vært motstand fra den medisinske profesjon. Erfaringer fra tverrfaglig praksis i England viser til at dette var en utfordring i starten, men erfaring og mange oppfatninger gjennom flere år er inntrykket nå at legene ser en praktisk nytte av fordeling av oppgaver mellom lege og ANP fordi de erfarer at ordningen bidrar til at de kan behandle flere pasienter og driften blir mer effektiv. Det må imidlertid tas hensyn til at finansieringssystemet er annerledes for legepraksis i England enn i Norge. I England kommer inntektene fra behandling av pasienter hele den tverrfaglige praksisen til gode. Det kan derfor sees som et insitament for å dele pasientoppgaver mellom flere yrkesgrupper slik at flere pasienter kan behandles.

Profesjonslovene ble i 2009 erstattet av Helsepersonelloven, og profesjonsansvaret ble erstattet med et forsvarlighetskrav. Abbott, (1988) beskriver loven som den sterkeste form for beskyttelse av profesjoner. Med opphevelse av profesjonslovene synes det ikke lenger å være lovmessig krav som setter grense for sykepleiere eller andre helsepersonellgrupper`s adgang til legeoppgaver. Det gjør det mulig for leger å anerkjenne sykepleiernes og andre helsepersonells kompetanse. Det forutsetter imidlertid at legen også anerkjenner den praktiske gevinsten ved fordeling av typiske legeoppgaver, og velger å gi adgang.

6.3.3 Prestisje og status

Det synes som om det å godta den andres kompetanse kan henge sammen med verdien og status på oppgaven, slik Hughes(1951) beskriver. Hughes sier at sykepleierens oppgaver består av et “knippe oppgaver”, som alle er enige om er sykepleieroppgaver. Så skjer det medisinske endringer som generer nye oppgaver som krever kompetanse på sykepleiernivå. Noen av de gamle oppgavene endrer status til å være mindre attraktive, mens de nye blir mest attraktive. I følge Hughes oppstår nå en ny situasjon hvor man deler opp det nye settet i mindre “knipper”. Knippet med de prestisjefylte oppgavene blir reservert de med høyest nødvendig utdanning og status, sykepleierne. Hughes sier at slike endrede oppgaver kan gi nye karriere veier og mulighet for spesialutdanning for sykepleiere.

Profesjongrensene vil alltid være utsatt for konkurranse (Abbott 1988). Vi har sett eksempler på at profesjongrensene ikke synes å være absolutte slik Hughes (1951) beskriver. Medisinskfaglige oppgaver synes å smelte sammen og gli over i de sykepleiefaglige oppgavene. Enten fordi det er mest praktisk, hensiktsmessig for å få oppgaven utført eller på grunn av avgrenset eller høyt arbeidspress. Vike (2002) beskriver også overlapp av oppgaver ved å vise til hjelpeleiere som av og til “får lov til” å gjøre mye, og av og til lite.

Hjelpeleiere som har gjennomgått kurs og opplæring med passeringstest kan få individuell skriftelig tillatelse til å sette injeksjoner med for eksempel insulin og dele ut medisiner.

Erfaringsmessig kan slike ordninger gi blandet reaksjon hos sykepleierne. Jeg mener det er grunn til å tro at prestisje og status ved den enkelte oppgave vil følge den medisinske utviklingen slik Hughes (1951) beskriver. Nye oppgaver kommer til, og den “gamle oppgaven” vil ikke lenger opprettholde samme status og prestisje. Den gamle oppgaven kan slik sett bli enklere å delegere nedover fordi den ikke ansees å være like attraktiv som før. Slik jeg forstår Hughes (1951) skjer delegering i mindre grad før nye oppgaver ankommer og legges til sykepleiernes knippe. Økt og mer avansert behandling på sykehjem vil slik sett kunne bety nye oppgaver for alle involverte i pasientbehandling. Informantene sier; de vil slippe de gamle oppgavene hvis det kommer noen nye, noen som er mer avanserte. Slik sett synes dette å være i tråd med Hughes (1951) teori og hans prestisjeskala. Informantene ønsker å arbeide mer avansert og er villige til å sette seg selv i stand til det ved å skolere seg. Dette kan sees som et uttrykk for å strekke seg etter nye utfordringer og oppgaver. Forholdene ser slik sett ut til å ligge til rette for Samhandlingsreformens intensjoner om økt kompetanse.

Hughes (1951) beskriver oppgaver som ikke lenger ansees å ha prestisje som dirty work. Dirty work kan oppfattes som en nedsettende betegnelse på oppgaver som må utføres av noen. Med de omtalte utfordringene i helsevesenet er det viktig at også trivielle oppgavene blir definert som verdifulle. Slik vil utfører kunne oppleve arbeidsoppgaven som viktig i pasientbehandlingen. Det krever et lederskap som er bevisst slike mekanismer, men det må også uttrykkes for å kunne gi ønsket virkning.

6.3.4 Hva bør behandles på sykehjem?

Informantene omtaler diagnosene som urinveisinfeksjon(uvi), lungebetennelse (pneumoni) og dehydrering som ”banale lidelser”. Uttrykket er ment å illustrere hvordan en av informantene uttrykte det: ...”*Dette er alminnelige ting som jeg mener vi på sykehjemmet bør håndtere selv.* (D-05)” Oppfatningene om dette viser ingen forskjeller i A og D- kommunene, men informantene viser til ulik praksis. De forteller om tilfeller hvor innleggelse kunne vært unngått hvis sykepleierne hadde hatt kunnskap og ferdigheter til blant annet å behandle med intravenøs væsketerapi, i tillegg til et utvidet ansvarsområde. Sykepleierne i Norge er allerede autorisert for å kunne gi intravenøs behandling bestemt av lege. Intravenøs behandling kan derfor ikke regnes som en avansert oppgave for sykepleiere. For sykepleierne på D-sykehjemmet er dette vanlig praksis. I A-kommunen er det mer unntaket at intravenøs behandling til nå er blitt gitt. Erfaring fra D-sykehjemmet viser at det bør være praktisk mulig å gjennomføre i alle sykehjem. Det kan også sees som et potensial til ytterligere å utvide sykepleiernes funksjon.

KOLS-pasienter er en gruppe med hyppige innleggelser blant annet på grunn av gjentatte lungebetennelser. Det er også en av kronikergruppene som vil øke mest (HOD 2006-2011). I et tenkt fremtidsperspektiv vil en kvalifisert avansert sykepleier inspirert av arbeidsoppgavene til ANP i England(slik jeg har forstått ordningen) kunne behandle en pasient med lungebetennelse på sykehjemmet der han bor. Hun vil kunne stille diagnosen lungebetennelse ved hjelp av standardiserte undersøkelser og tester. Hun vil kunne forordne medikamenter og fortløpende følge opp pasienten. Pasienten får behandling på sykehjemmet og slipper innleggelse i sykehus. Hvis pasientens tilstand forverres kan (ANP) avansert sykepleier organisere direkte innleggelse i sykehus. Et slikt fremtidsbilde innebærer en glidning av typiske legeoppgaver nedover til kvalifisert avansert sykepleier.

I Nasjonal veileder (2011) skal det innen 31.januar 2012 foreligge samarbeidsavtaler som omfatter blant annet *enighet om hvilke helse-og omsorgsoppgaver forvaltningsnivåene er pålagt ansvaret for og en felles oppfatning om hvilke tiltak partene til enhver tid skal utføre* (HOD, 2011). Veilederen sier videre at kommune og sykehus skal søke enighet om grenseflater og gråsoner. Den sier videre at det er spesielt der hvor det er mangler og overlappinger. Dette kan være forskjellig hos ulike pasientgrupper og eller i faser av pasientforløpet (HOD, 2011). Med informasjon om ulike innleggelsespraksis fra informantene, vil det være naturlig å spørre om de omtalte lidelsene vil inngå i oppgavene som er tenkt overført fra sykehuset? Slik sett kan det synes som om D-kommunen allerede er godt rustet til å møte Samhandlingsreformens intensjoner. Det blir viktig igjen å presisere at de som er i behov av spesialisthelsetjenester får sin behandling på sykehus. De som ikke er i behov av spesialisthelsetjenester får sin behandling på sykehjemmet eller i eget hjem.

6.3.5 Utdannelse og kompetanse

Sykepleiere sier at økt kompetanse er en forutsetning for å påta seg nye oppgaver og et utvidet ansvarsområde i sykehjemmene. Olav Helge Førde, professor i samfunnsmedisin, sier i en artikkel i Aftenposten at ”reformens suksess hviler på evnen til å omskolere helse- personell og rette dem mot det samfunnet har mest behov for”(Aftenposten 6.10.2011). Avtalene om samarbeid mellom sykehus og kommuner sier at disse også skal omfatte retningslinjer for gjensidig kunnskapsoverføring og informasjonsutveksling og for faglige nettverk og hospitering innen 1.juli 2012 (HOD, 2011). Min erfaring tilsier at det er viktig at slike retningslinjer også inneholder hvordan et slikt samarbeid tidsmessig og kostnadsmessig skal organiseres for å kunne lykkes. Faglig samarbeid blir gjerne forventet å skulle gjøres innenfor den daglige driften. Slik oppstår vanskelige dilemmaer hos helsepersonell hvor driften ofte må prioriteres.

Informantene viser til flere måter å øke og vedlikeholde ny kompetanse. Flere høyskoler og universitet i Norge er i ferd med å etablere masterutdanning for avansert sykepleie.

Masterutdanning er et viktig skritt for å øke kompetansen til norske sykepleiere til avansert nivå, inspirert av ordningen i England. Den er også i tråd med Samhandlingsreformens intensjoner om lettere tilgjengelig helsetjeneste for kronisk syke eldre. Informantene er villige til, og interessert i å øke sin kompetanse for å kvalifisere seg som avansert sykepleier. Det vil imidlertid ikke være alle som ønsker å kvalifisere seg på et mastergradsnivå. Informantene viser til at det er få sykepleiere med videreutdanning og spesialistkompetanse i sykehjem. Det kan slik sett være hensiktsmessig

også å tilby et tilleggsnivå, lik opplæringsprogrammer som kvalifiserer for Nurse Practitioner (NP) i England (OECD 2010). Slike opplæringsprogrammer kan være hensiktsmessig å utarbeide i samarbeid med sykehuset som har slik spesialistkompetanse. Det henvises ellers til erfaringene overfor med hensyn til forutsetninger for å lykkes med slikt samarbeid. Det økende behovet for helsehjelp og tilstrekkelig kompetent personell er omtalt. Tatt i betraktning kostnader forbundet med, og tiden det tar å utdanne mennesker kan det også være praktisk å tilby ulike kompetansebyggende tiltak som gir kvalifisering til avansert sykepleie. Utdanning og skolering vil kreve en personlig innsats. Det vil også være viktig å stimulere og belønne personlig innsats med goder, som for eksempel økt lønn.

Informantene er også opptatt av et ”engangsstunt”/dagskurs ikke vil kunne føre til varig endring, eller etablering av ny praksis på et arbeidssted. De fremhever hospitering på sykehus over tid, og lang erfaring fra sykehus som svært viktig kompetanse i sykehjemmet. *Jeg jobbet ett år på slagavdelingen på sykehuset for å få mer teknisk kompetanse, samtidig som jeg arbeidet en dag her på sykehjemmet. Det lærte jeg masse* av(A-03). Ny og gjentatt opplæring satt i system kan bidra til at kompetanse beholdes over tid i sykehjemmet. Informantene fremhever viktigheten av at kompetanse og kvalitet blir etterspurt av leder. Holdning til hvilke type kompetanse og hvilke type tjenester som skal gies ved sykehjemmet kan slik sett ha betydning for behandlingsnivå. Å sørge for tilstrekkelig kompetanse til å kunne behandle pasienter på mest effektive omsorgsnivå er en leders ansvar.

7. Konklusjon

Med utfordringene beskrevet i Samhandlingsreformen(St.meld.nr 47) synes det ikke lenger hensiktsmessig “at alle gjør alt” i sykehjem, slik informantene i denne oppgaven forteller om. Det går også frem av artikkelen i Aftenposten Innsikt at “utfordringene ikke løses med å sette inn mer personell i helsetjenestene”. I tillegg fremheves det at reformens suksess er avhengig av evnen til å omskolere helsepersonell og rette dem mot det samfunnet har behov for (Aftenposten 06.09.11).

Arbeidet med gjennomføring av Samhandlingsreformen, sett i et slikt perspektiv, vil være avhengig av en overordnet felles beslutning om hvilke oppgaver som skal utføres av kommunen, og hvilke som skal utføres av helseforetaket. Hvilke oppgaver som besluttet skal utføres i kommunen og på sykehjemmene vil være styrende for hva slags kompetanse som skal bygges opp, og hvilke type helsepersonell som det er hensiktsmessig skal utføre disse oppgavene. Behandling av pasienten på rett nivå med rett kompetanse vil kunne bidra til en mest mulig effektiv utnyttelse av begrensede ressurser, slik Samhandlingsreformen peker på. Kommune og sykehus er pålagt å inngå samarbeidsavtaler innen 31. januar 2012 hvor oppgave- og ansvars plasseringen mellom kommune og helseforetak skal konkretiseres. Det blir spesielt framhevet at kommune og sykehus skal søke enighet om grenseflater og gråsoner, spesielt der hvor det er mangler og overlappinger. Funn i denne oppgaven viser at D-kommunen behandler pasienter med behov for intravenøs væskebehandling på sykehjemmet, mens A-kommunen har innleggelser i sykehus for samme type pasientbehov, mener jeg er et eksempel på en slik gråsoner. Rett satsning på kompetanse og hvilke type helsepersonell som det er hensiktsmessig skal utføre oppgavene, vil være avhengig av enighet om gråsoner og ansvars plassering mellom sykehus og sykehjem, slik Nasjonal Veileder for Samarbeidsavtalene påpeker (HOD 2011). En slik overordnet ansvars plassering vil gi grunnlag for samme behandlingspraksis og behandlingsnivå i alle kommuner.

Funn i oppgaven gir grunn til å mene at det også eksisterer overlapp av oppgaver mellom yrkesgrupper i sykehjem. En gjennomgang av sykepleiernes arbeidsoppgaver kan føre til at flere av oppgavene kan utføres av andre, som igjen frigjør plass til nye og mer avanserte oppgaver. Dette kan gi muligheter for å behandle mer i sykehjem, og gjøre sykepleierrollen tydeligere. De samme mekanismene med hensyn til anerkjennelse av kompetansen til subordinerte grupper hos legene, synes også å være tilstede hos sykepleierne. En tydeligere rolle og nye oppgaver vil være avhengig av at sykepleiere, på samme måte som legene, anerkjenner subordinerte gruppers kompetanse og gir

adgang til oppgavene. En bevisstgjøring og erkjennelse av at kjedereaksjoner og glidning av oppgaver mellom profesjoner skjer hele tiden, som svar på praktiske utfordringer, er viktig for å få utnyttet arbeidskraften og oppnå mest mulig kvalitet i behandlingen av pasientene.

Norge står overfor mange av de samme utfordringene som var bakgrunnen for etableringen av Advanced nurse practitioner ANP i flere land(OECD 2010). Evalueringer viser gode resultater med hensyn til kvalitet (OECD 2010) og reduksjon i innleggelser i sykehus(Szczepura et.al 2007). Informantene sier at økt kompetanse hos sykepleierne er en forutsetning for å kunne behandle flere pasienter på sykehjem. Etablering av avansert sykepleie i kommunehelsetjenesten, lik den som praktiseres i England kan være et egnet tiltak. Det kan i tillegg gjøre det attraktivt å arbeide i sykehjem, og bidra til å øke antall sykepleiere med høy kompetanse.

Nye oppgaver fra spesialisthelsetjenesten som framover kan innebære økt og mer avansert behandling i sykehjem krever utdanning og ferdigheter satt i system. Det må i tillegg være en del av det formelle ansvaret, som en del av en stillingsinstruks besluttet av ledere og myndigheter. Formell kompetanse og formell ansvarsfordeling må til for å få dette til å fungere i praksis. Utdanning, rutiner og avtaler vil ikke være hovedutfordringen, slik jeg ser det. Vilje og et ønske om å få til en arbeidsdeling hos alle involverte kan synes å være den største utfordringen. Det må arbeides med holdninger, prestisje og status knyttet til alle oppgaver i sykehjem for å kunne lykkes med en ny fordeling av oppgaver og en mer effektiv utnyttelse av alle ressurser i helsetjenestene.

8. Litteraturliste

Abbott, A. 1988, *The System of Professions: an Essay on the Division of Expert Labour*, Chicago og London, University of Chicago Press.

Bakke, KA. 2011, "God eller dårlig glid", *Dagens Medisin*, Oslo
<http://www.dagensmedisin.no/ledare/2011/02/10/god-eller-darlig-glid/index.xml> Lastet ned fra nett 13.9.2011

Berg, O.1987, *Medisinens logikk: Studier i medisinens sosiologi og politikk*, Oslo- Bergen- Stavanger- Troms, 2.utg., Universitetsforlaget.

Boe Hornburg T., 2010 "Norge vil etterligne skotske suksesser" *Aftenposten* 21.1.2010

Brastad, K., A. Mæhlum og D. Jacobsen 2007, " Mellom sykehus og sykehjem, Tilrettelegger for en verdig død", *Tidsskriftet Sykepleien* nr 7.

Buchan, J. og M.R. Dal Poz 2002, "Skill mix in health care workforce: reviewing the evidence", *Bulletin of the World Health Organization* ISSN 0042-9686

Buchan, J. og L.Calman 2005, "Skill-mix and policy changes in the health workforce: Nurses in Advanced Roles", OECD Health Working Papers no.17, Directorate for employment, labour and social affairs, Health Committee *DELSA/ELSA/WD/HEA* 8

Budstikka, Leder og meninger, 2011, "Tøft for kommunene" *Budstikka* 8.10.2011
<http://www.budstikka.no/nyheter/toft-for-kommunene-1.6541816> Lastet ned fra nett 8.10.2011

Carusone S.C og Loeb Lohfeld M.L. 2006, "Pneumonia care and the nursing home: a qualitative descriptive study of resident and family member perspectives", *BMC Geriatrics* Carusone et al; licensee BioMed Central Ltd.

Creditor, M.C, 1993, "Hazards of hospitalization of the elderly" *118 (3):219-23*
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8417639> Lastet ned fra nett 9.11.2011.

Fauske, H. 2008, " Profesjonsforskningens faser og stridsspørsmål", Molander A. Terum, L. I (red.) *Profesjonsstudier*, Oslo, Universitetsforlaget

Fondnes, O., B. Skadberg, J. Grebstad, H. Milde, S. Flaten, H. Markussen, T. Andersen, Haugland og I. Pettersen 2005 "Nasjonale retningslinjer og metoder for hjemmerespiratorbehandling", *Nasjonalt kompetansesenter for hjemmerespiratorbehandling Haukeland Universitetssykehus*.

Gedde-Dahl, S. 2011, "Samhandlingsreformen i 2012, Helsereform, Hjem til kommunen", *Aftenposten Innsikt* 6.10.2011.

Graverholt, B. 2008-2012, "Akutt syke sykehjemsbeboere", Høgskolen i Bergen/ Senter for kunnskapsbasert praksis. <http://www.hib.no/senter/omsorgsforskning/prosjekter/akuttsyke.asp>
Lastet ned fra nett 5.5.2011

Helsedirektoratet 2002, Rapport IS-1575, Utvidet rett til rekvirering av hormonelle prevensjonsmidler for helsesøstre og jordmødre.
<https://epost.telenor.no/mobileoffice/?cmd=mail&sub=attachment&folder=INBOX&msgno=774&partno=2>

Helsedirektoratet, 2009, Utdanne nok og utnytte godt innenlandske bidrag for å møte den nasjonale og globale helsepersonellutfordringen 03/ IS-1673.

HOD, 2011, Nasjonal helse- og omsorgsplan 2011-2015, Meld. St. 16 2010-2011.
<http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/regpubl/stmeld/2010-2011/meld-st-16-20102011.html?id=639794> Lastet ned fra nett 5.10.2011

HOD, 2006, Nasjonal strategi for KOLS-området 2006 -2011,
http://www.regjeringen.no/Upload/kilde/hod/rap/2006/0041/ddd/pdfv/299286-nasjonal_strategi_for_kols_24-11-06_forord.pdf Lastet ned fra nett 1.11.2011

HOD, 2011, Samhandlingsreformen -Lovpålagte samarbeidsavtaler mellom kommuner og regionale helseforetak/helseforetak, Nasjonal veileder.
<http://www.regjeringen.no/upload/HOD/Dokumenter%20SAM/Nasjonal-Veileder-samarbeidsavtaler-mellom-kommuner.pdf> Lastet ned fra nett 1.11.2011

http://www.helsedirektoratet.no/vp/multimedia/archive/00108/Utdanne_nok_og_utny_108299a.pdf
Lastet ned fra nett 14.10.2011

Horrocks, S., E. Anderson og C. Salisbury 2002 ,” Systematic review of whether nurse practitioners working in primary care can provide equivalent care to doctors”, Faculty of Health and Social Care, University of West of England, Bristol, *BMJ* 2002;324:819-23

Hughes, E.C. 1951,” Studying the Nurse’s Work”, *The American Journal of Nursing* Lippincott Williams & Wilkins and Wolters Luwer health, Inc.

Kirkevold, M., M. Hestetun og S. Hauge 2011, “Avansert geriatrisk sykepleie- hva er det og hvorfor trenger vi slike sykepleiere i Norge? ”, Tidsskriftet *geriatrisk sykepleie* 1.

Kvale, S. og S., Brinkman, 2009, *Det kvalitative forskningsintervju*, Oslo, Gyldendal Akademisk

LOV 1999-07-02 nr 64, *Lov om helsepersonell, helsepersonelloven*.

<http://lovdata.no/all/hl-19990702-064.html>. Lastet ned fra nett 15.5.2011

LOV 1982-11-19 nr 66: *Lov om helsetjenesten i kommunene, kommunehelsetjenesteloven*.

<http://www.lovdata.no/all/nl-19821119-066.html> Lastet ned fra nett 3.9.2011

Malterud, K., 2002, “Kvalitative metoder i medisinsk forskning- forutsetninger, muligheter og begrensninger”, *Tidsskr Nor Lægeforen*; 122:2468-72.

Molander, A. og L.I. Terum 2008, *Profesjonsstudier en introduksjon, Profesjonsstudier*, Oslo, Universitetsforlaget.

Nancarrow, A. og A. Borthwick 2005, “Dynamic professional boundaries in the healthcare workforce”, *Sociology of Health & Illness*, ISSN 0141-9889.

Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten, 2010, ”Høringssvar til Nasjonal Helse- og Omsorgsplan” kap.26- 28,s.21-26.

OECD, 2010 “Nurses in advanced roles: A description and evaluation of practices in 13 developed countries”, OECD Conference, Directorate for employment, labour and social affairs, Health Committee, DELSA/HEA 1/REV1/ANN.

Prop. 91L, 2010-2011, Innst. 424 L, 2010-2011, Lovvedtak 63, 2010-2011, *Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester*.

<http://www.stortinget.no/no/Saker-og-publikasjoner/Saker/Sak/?p=49360> Lastet ned fra nett 3.9.2011.

Ranhoff, A. H og J.M. Linnsrud 2005. "Når skal sykehjemspasienter innlegges i sykehus?" *Tidsskr Nor Lægefor* 2005; 125: 1844-7.

SINTEF Helse, 2004, "Utviklingstrekk i kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten – oppgaveutvikling og samspill".

<http://www.helsebiblioteket.no/Samfunnsmedisin+og+folkehelse/Helser%C3%A5det/2006/Nr.+11-06/7765.cms> Lastet ned fra nett 15.10.2011

St. meld. nr. 25, 2005 -2006, *Mestring, muligheter og mening. Framtidens omsorgsutfordringer*.

St. meld. nr. 41, 1987- 1988, *Helsepolitikk mot år 2000*.

St. meld. Nr. 47, 2008- 2010, *Samhandlingsreformen, rett behandling på rett sted*.

Vike, H., R. Bakken, A. Brinchmann, H. Haukelien og R. Kroken, 2002, *Maktens samvittighet: Om politikk, styring og dilemmaer i velferdsstaten*, Gyldendal Norsk Forlag.

Walter, AB., A. Aarnes, N. Idsø, A. Markestad, H. Ariansen, E. Ulltveit, P. Major, Ø. Melien, G. Fredriksen, B. Berg, I. Hanssen og J. Kolnes, 2009, "Notat fra arbeidsgruppa for riktig legemiddelbruk", *Helsedirektoratet, HOD og Statens Legemiddelverk* (et al.)

Wanless, D. 2002, "Securing our Future Health: Taking a Long- Term View"

<http://si.easp.es/derechosciudadania/wp-content/uploads/2009/10/4.Informe-Wanless.pdf> Lastet ned fra nett 28.9.2011

Wild, D., S.Nelson og A. Szczepura, 2007, "An Evaluation of an In Reach Model of Care in LA Care Homes": *The In-Reach Model of Care in Residential Homes Described from the Perspectives of Stakeholders, Home Managers, Care Staff, and the In Reach Team*,

http://www2.warwick.ac.uk/fac/med/research/csri/ethnicityhealth/residentialcare/banes_rept1.pdf

Lastet ned fra nett 8.9.2011

Weik, S., H. Lie Andersen, 2010, "Hvordan kan Advanced practiced nurse(ANP)ordningen i OECD land bidra til utvikling av en ny avansert sykepleie praksis i Norge"? *Komparativ helsepolitikk, UiO*

Vedlegg

8.1 Informasjonsskriv til informantene

Forespørsel om å delta i intervju

Jeg arbeider med en masteroppgave tilknyttet det erfaringsbaserte masterprogrammet Helseadministrasjon ved Institutt for helse og samfunn, Avdeling for helseledelse og helseøkonomi, Det medisinske fakultet, Universitetet i Oslo. Dette er en forespørsel om du ønsker å delta i dette forskningsprosjektet.

Tema/Hva skal jeg undersøke?

Temaet for oppgaven er endringer av oppgaver og roller mellom helsepersonellgrupper i helse- og omsorgstjenesten slik som å sette sykepleiere til å løse legeoppgaver. Jeg skal undersøke hvilke oppfatninger erfarne sykepleiere på sykehjem i Norge har til å få utvidet sitt ansvarsområde og nye oppgaver. Som en del av min oppgave ønsker jeg å diskutere om endring av roller og oppgaver kan bidra til en mer effektiv utnyttelse av menneskelige og økonomiske ressurser i helse- og omsorgstjenestene, og om dette er veien å gå for Norge.

Omfang /Hvem ønsker jeg å intervju?

For å finne ut av dette, ønsker jeg å intervju tilsammen seks erfarne sykepleiere, henholdsvis tre i geografisk tettbebygd strøk og 3 i distrikt.

Hva og hvordan skal jeg gjøre det?

Spørsmålene vil dreie seg om oppfatninger og meninger om hvilke potensielle effekter du mener en ny oppgavefordeling mellom yrkesgrupper kan ha for pasienten og hvilke utfordringer du ser for deg blant annet knyttet til det juridiske og eget ansvarsområde. Jeg ønsker også å spørre deg om hva du mener nye oppgaver og utvidet ansvarsområde kan bety for din rolle som sykepleier og arbeidet på sykehjemmet.

Jeg vil bruke båndopptaker og ta notater mens vi snakker sammen. Intervjuet vil ta omtrent en time, og vi blir sammen enige om tid og sted.

Frivillig deltagelse

Det er frivillig om du vil være med og du har mulighet til å trekke deg når som helst underveis, uten å måtte begrunne dette nærmere.

Hva skjer med informasjonen om deg?

Opplysningene vil bli behandlet konfidensielt, og ingen enkeltpersoner vil kunne gjenkjennes i den ferdige oppgaven. Alle som deltar i studien blir anonymisert og opptakene destrueres når oppgaven er ferdig, innen utgangen av 2011.

Samtykkeerklæring

Dersom du har lyst til å være med på intervjuet, er det fint om du skriver under på den vedlagte samtykkeerklæringen og sender til meg.

Personvernombudet for forskning Studien er meldt til Personvernombudet for forskning, Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste A/S (NSD).

Hvis du lurer på noe?

Hvis det er noe du lurer på kan du ringe meg på 95 94 57 61, eller sende en e-post til hianders@online.no

Du kan også kontakte mine veiledere Førsteamanuensis/Dr. Med Jan Frich j.c.d.frich@medisin.uio.no eller Universitets stipendiat Sverre Vigeland Lerum s.v.lerum@medisin.uio.no

Samtykkeerklæring Jeg har mottatt informasjon om studien som skal omhandle endring av oppgaver og roller mellom helsepersonellgrupper og ønsker å stille på intervju.

Signatur ... Telefonnummer ...

Med vennlig hilsen

Hilde Lie Andersen

8.2 Intervjuguiden

1. Hvilke potensielle virkninger vil nye oppgaver og et utvidet ansvarsområde bety for pasientene?

Hvilke konsekvenser/effekter mener du en ny oppgavefordeling vil bety for pasientene?

Strengths - weakness- opportunities- threats (SWOT)

Hva mener du at du kunne oppnå hvis du på selvstendig grunnlag innenfor en gitt standard kunne rekvirere prøver av pasienter som du mistenkte hadde infeksjon /urinveisinfeksjon (UVI)/ lungebetennelse(Pneumoni)?

Hva mener du at du kunne oppnå hvis du kunne foreskrive og starte antibiotika behandling/iv væsketerapi til den dehydrerte pasienten eller til pasienten med UVI eller pneumoni på sykehjemmet.

Hva mener du at du kunne oppnå hvis du på selstendig grunnlag kunne foreta opp- og nedtrappingsforordninger av medikamenter til kronisk obstruktive lunge (KOLS) pasienter

2. Hvilke utfordringer ser du?

Hva skulle til for at du kunne beholdt og behandlet pasienten her på sykehjemmet?

Hva mener du som erfaren praktiker er hindringene? Hva må avklares? Hva synes du er greit og eventuelt ikke greit? Hva med å delegere oppgaver som du har idag nedover, hva synes du om det?

Hvordan stiller du deg til for eksempel å lære nye ting, skolere deg i nye oppgaver, som for eksempel spesialist i sykepleie til KOLS pasienter?

Hvordan tror du pårørende ville stille seg til at du utførte oppgaver som tidligere legene utførte?

3. Hva mener du et sykehjem skal skal håndtere selv? Hva er dere komfortable med?

Kan du beskrive/fortelle eksempler på hverdagshistorie/er hvor dere la inn pasient i sykehus med spørsmål om UVI, pneumoni eller dehydrering, evt ved fall. Hva var det som skjedde/hva gjorde dere? Hva var bakgrunn for innleggelse? Når og hvordan ble det besluttet en innleggelse? Kunne innleggelsen vært unngått? I så fall hva skulle vært anderledes/hva måtte skje for at det skulle vært anderledes?

Kan du beskrive/fortelle eksempler på hverdagshistorier hvor dere valgte å ikke legge inn pasienten i sykehus tiltross for mistanke om UVI, pneumoni eller dehydrering, evt fall. Hva var det som skjedde/hva gjorde dere i dette tilfellet? Hva var bakgrunn for at dere valgte og ikke å legge inn pasienten?

4. Hva vil dette bety for rollen/arbeidet ditt som sykepleier?

Er det noen enkeltpersoner eller gruppe av dere som er spesialister på noe? Hva ville det bety for sykepleie som fag og yrkesgruppe?

8.3 Brev fra Norsk samfunnsfaglige datatjeneste:

Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS
NORWEGIAN SOCIAL SCIENCE DATA SERVICES



Harald Hårfagres gate 29
N-5037 Bergen
Norway
Tel: +47-55 58 21 17
Fax: +47-55 58 96 50
nsd@nsd.uib.no
www.nsd.uib.no
Org.nr. 985 321 884

Jan Frich
Institutt for helse og samfunn
Universitetet i Oslo
Postboks 1130 Blindern
0318 OSLO

Vår dato: 23.03.2011

Vår ref: 26500 / 3 / RKH

Deres dato:

Deres ref:

KVITTERING PÅ MELDING OM BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 22.02.2011. Meldingen gjelder prosjektet:

26500	<i>Vil en ny oppgavefordeling mellom leger og sykepleiere (changing skull mix), bidra til at kommunehelsetjenesten står bedre rustet til å kunne ta hånd om de varslede nye oppgavene fra spesialisthelsetjenesten? (Jmf St.meld.nr 47, Samhandlingsreformen)</i>
Behandlingsansvarlig	Universitetet i Oslo, ved institusjonens øverste leder
Daglig ansvarlig	Jan Frich
Student	Hilde Lie Andersen

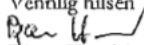
Personvernombudet har vurdert prosjektet og finner at behandlingen av personopplysninger er meldepliktig i henhold til personopplysningsloven § 31. Behandlingen tilfredsstiller kravene i personopplysningsloven

Personvernombudets vurdering forutsetter at prosjektet gjennomføres i tråd med opplysningene gitt i meldeskjemaet, korrespondanse med ombudet, eventuelle kommentarer samt personopplysningsloven/-helseregisterloven med forskrifter. Behandlingen av personopplysninger kan settes i gang.

Det gjøres oppmerksom på at det skal gis ny melding dersom behandlingen endres i forhold til de opplysninger som ligger til grunn for personvernombudets vurdering. Endringsmeldinger gis via et eget skjema, http://www.nsd.uib.no/personvern/forsk_stud/skjema.html. Det skal også gis melding etter tre år dersom prosjektet fortsatt pågår. Meldinger skal skje skriftlig til ombudet.

Personvernombudet har lagt ut opplysninger om prosjektet i en offentlig database, <http://www.nsd.uib.no/personvern/prosjektoversikt.jsp>.

Personvernombudet vil ved prosjektets avslutning, 31.12.2011, rette en henvendelse angående status for behandlingen av personopplysninger.

Vennlig hilsen

Bjørn Henriksen


Ragnhild Kise Haugland

Kontaktperson: Ragnhild Kise Haugland tlf: 55 58 83 34
Vedlegg: Prosjektvurdering
Kopi: Hilde Lie Andersen, Tanumveien 87 c, 1341 SLEPENDEN

Personvernombudet for forskning



Prosjektvurdering - Kommentar

Prosjektnr: 26500

Utvalget består av ca. seks erfarne sykepleiere i aktiv tjeneste på kortidsplass/rehabilitering og langtids plass i sykehjem. Studenten rekrutterer utvalget fra eget nettverk.

Utvalget får skriftlig informasjon om prosjektet, og de som ønsker å delta samtykker skriftlig. Personvernombudet finner informasjonsskrivet vedlagt meldeskjemaet godt utformet.

Opplysningene samles inn gjennom personlig intervju, og det gjøres lydopptak av intervjuene. Det registreres navn på informantene; i datamaterialet erstattes navn med referansenummer som viser til en atskilt navneliste. Videre blir det registrert tilstrekkelig med bakgrunnsopplysninger til at enkelte også vil kunne være identifiserbare via en sammenstilling av disse.

Når prosjektet er fullført, og senest innen 31.12.2011, skal innsamlede opplysninger anonymiseres ved at lydopptak og navneliste slettes, og indirekte identifiserende bakgrunnsopplysninger slettes eller omskrives slik at det ikke lenger er mulig å føre opplysningene tilbake til enkeltpersoner.

Personvernombudet minner om at når datamaterialet skal anonymiseres ved prosjektslutt vil det ikke være tilstrekkelig å erstatte navn med et nummer som viser til en atskilt navneliste, ettersom det da fortsatt vil være mulig å føre datamaterialet tilbake til enkeltpersoner. For at datamaterialet skal kunne sies å være anonymisert må navnelisten/koblingsnøkkelen slettes.